

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 22, Número 2



2024

EDITORIALES

Deshumanización y salud mental

N. HASLAM

Reflexiones sobre la filosofía de la psiquiatría

K.S. KENDLER

ARTÍCULOS ESPECIALES

De los “cerebros online” a las “vidas online”:
comprender los impactos individualizados del uso de
internet en las dimensiones psicológica, cognitiva y social
J. FIRTH, J. TOROUS, J.F. LÓPEZ-GIL ET AL

La experiencia vivida de los trastornos mentales en
adolescentes: una revisión ascendente codiseñada,
codirigida y coescrita por expertos debido a su
experiencia y académicos
P. FUSAR-POLI, A. ESTRADÉ, C.M. ESPOSITO ET AL

PERSPECTIVAS

¿Qué hay en un nombre? Trastornos mentales,
condiciones de salud mental y discapacidad psicosocial
G.M. REED

Valor y limitaciones de los cuestionarios
autoadministrados en la práctica clínica y en estudios
epidemiológicos
M. ZIMMERMAN

Anomalías del lenguaje en la esquizofrenia:
una trayectoria de análisis matemático e informático
C.M. CORCORAN, G.A. CECCHI

Mejorar el abordaje de las personas LGBTQ en los
entornos de atención a la salud mental: la perspectiva
de un clínico
J. DRESCHER

FORUM - FILOSOFÍA DE LA PSIQUIATRÍA: AVANCES CLAVE RECIENTES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Filosofía de la psiquiatría: avances teóricos
e implicaciones clínicas
D.J. STEIN, K. NIELSEN, A. HARTFORD ET AL

COMENTARIOS

Cinco competencias conceptuales en psiquiatría
M. SOLOMON

Los profesionales de la psiquiatría necesitan
competencia reflexiva
D. DENYS

La filosofía de la psiquiatría puede adquirir mayor
vitalidad al abordar las implicaciones de la nueva ciencia
S.E. HYMAN

Lanzamiento de la filosofía social de la psiquiatría
J.Z. SADLER

173 Otra “y”: la filosofía como pegamento
K.W.M. FULFORD

174 Fenomenología, delirios y justicia
M.R. BROOME

174 La filosofía de la psiquiatría como estudio de
los cambios de paradigma
D. BOLTON

176 Ratones alucinantes, psicoterapia en el cerebro y
psiquiatría informatizada: el futuro de la psiquiatría
es ahora
M. SPITZER

191 ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN
Impacto de la contaminación atmosférica y del cambio
climático en los resultados de salud mental: una revisión
general de la evidencia global
J. RADUA, M. DE PRISCO, V. OLIVA ET AL

209 Psicoterapia modular basada en algoritmo *versus*
terapia cognitivo-conductual para pacientes con
depresión, comorbilidades psiquiátricas y trauma
temprano: un ensayo preliminar controlado aleatorizado
de prueba de concepto
E. SCHRAMM, M. ELSAESSER, C. JENKNER ET AL

210 Resultados absolutos y relativos de las psicoterapias
para ocho trastornos mentales: revisión sistemática
y metaanálisis
P. CULPERS, C. MIGUEL, M. CIHAROVA ET AL

212 Efectividad en el mundo real de los antidepresivos,
antipsicóticos y sus combinaciones en el tratamiento de
mantenimiento de la depresión psicótica. Evidencia
a partir de análisis intrasujeto de dos cohortes nacionales
H. TAIPALE, J. LIESLEHTO, M. LÄHTEENVUO ET AL

213 PUNTOS DE VISTA
R. Spitzer y la despatologización de la homosexualidad:
algunas consideraciones en el 50 aniversario
J.C. WAKEFIELD

215 Estándares para ensayos controlados aleatorizados
sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos
D.C. MOHR

233 El futuro de las redes dinámicas en la investigación
y la práctica clínica
L.F. BRINGMANN

234 La promesa de la terapia de recuperación social en
las psicosis no afectivas
D. FOWLER

235 CARTAS AL EDITOR

237 NOTICIAS DE LA WPA

285

286

288

289

291

302

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 22, Número 2



2024

Traducción íntegra de la Edición Original

Publicación imprescindible para todos los psiquiatras y profesionales de la salud mental que necesiten una puesta al día en todos los aspectos de la Psiquiatría

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Editorial Board: D. Wasserman (Sweden), T.G. Schulze (Germany), S. Levin (USA), P. Summergrad (USA), E. Pi (USA), N. Skokauskas (Norway), A. Soghoyan (Armenia).

Advisory Board: R.D. Alarcon (USA), D. Bhugra (UK), C.U. Correll (USA/Germany), J.A. Costa e Silva (Brazil), P. Cuijpers (The Netherlands), J. Firth (UK), P. Fusar-Poli (UK/Italy), H. Herrman (Australia), O.D. Howes (UK), A. Javed (UK/Pakistan), F. Lieh-Mak (Hong Kong-China), F. Lolas (Chile), P.D. McGorry (Australia), J.E. Mezrich (USA), D. Moussaoui (Morocco), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (USA/India), N. Sartorius (Switzerland), D.J. Stein (South Africa), A. Tasman (USA), J. Torous (USA), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

EDICIÓN ESPAÑOLA

Comité Consultor: E. Baca (España), E. Belfort (Venezuela), C. Berganza (Guatemala), J. Bobes (España), E. Camarena-Robles (México), A. Cia (Argentina), F. Chicharro (España), R. Cordoba (Colombia), R. González-Menéndez (Cuba), E. Jadresic (Chile), M. Jorge (Brasil), C. Leal (España), R. Montenegro (Argentina), N. Noya Tapia (Bolivia), A. Perales (Perú), M. Rondon (Perú), L. Salvador-Carulla (España)

©Copyright World Psychiatric Association

©Traducción al castellano Ergon

ISSN: 1697-0683

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita del editor, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta publicación por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

Traducción: TransMed, LLC

World Psychiatry está indexada en PubMed, Current Contents/Medicina Clínica, Current Contents/Ciencias Sociales y del Comportamiento, Science Citation Index y EMBASE.



Barcelona · Madrid · Buenos Aires · México D.F.

Bolivia · Brasil · Colombia · Costa Rica · Ecuador · El Salvador · Estados Unidos · Guatemala · Honduras
Nicaragua · Panamá · Paraguay · Perú · Portugal · Puerto Rico · República Dominicana · Uruguay · Venezuela

Deshumanización y salud mental

La deshumanización es una palabra temible, que hace evocar las atrocidades más graves del pasado y del presente. Personas consideradas menos que seres humanos han sufrido y sufren violencia, privaciones, exclusión y desposesión, y ese sufrimiento ha sido y es sistemáticamente ignorado o minimizado. Sin embargo, aunque la deshumanización suele entenderse como un fenómeno extremo circunscrito a guerras, genocidios y conquistas, se sitúa dentro de un espectro. Dos décadas de investigación psicológica social han demostrado que tiene repercusiones significativas en la vida cotidiana¹.

La creciente bibliografía sobre la deshumanización expone tres ideas clave. En primer lugar, la deshumanización va de lo flagrante y verbalizado a lo sutil e inconsciente: las personas pueden ser comparadas explícitamente con animales, pero también se les puede negar implícitamente cualidades humanas fundamentales como la racionalidad, el autocontrol y las emociones complejas. En segundo lugar, la deshumanización adopta formas variadas, desde ver a los demás como bestiales o robóticos, hasta rechazar su individualidad o la capacidad de control de sus acciones y sus consecuencias, pasando por no concederles de forma espontánea la capacidad de pensar. En tercer lugar, aunque la deshumanización suele acompañar a opiniones negativas sobre los demás, es psicológica e incluso neuronalmente distinta del prejuicio. Ver a las personas como inferiores a seres plenamente humanos no es lo mismo que detestarlas. Podemos deshumanizar a quienes nos resultan indiferentes, no solo a quienes odiamos. De hecho, estudios sobre las relaciones íntimas demuestran que podemos deshumanizar sutilmente a quienes amamos.

La vasta literatura sobre el estigma revela cómo las personas con enfermedades mentales suelen ser vistas negativamente por la población en general, representadas como peligrosas, censurables y vergonzosas, con implicaciones adversas para la equidad, el bienestar y la recuperación. Recientemente se ha puesto de manifiesto que, además de estas percepciones negativas, a menudo también se les niega la humanidad. Las personas son vistas como menos humanas cuando se les etiqueta como individuos con enfermedades mentales en lugar de físicas, y las personas con enfermedades mentales —especialmente esquizofrenia y adicciones— son incluso más descaradamente deshumanizadas que algunas vilipendiadas minorías étnicas o religiosas².

Las actitudes deshumanizantes hacia los enfermos mentales no se limitan a la población, sino que también pueden provenir de los profesionales de la salud mental. Los investigadores han empezado a documentar las causas y consecuencias de estas actitudes. Un factor que contribuye a ello es la autoconservación emocional: los profesionales pueden deshumanizar a los pacientes como una forma de protegerse ellos mismos contra el agotamiento emocional y la angustia³. La anticipación de las demandas emocionales puede motivar a los profesionales a negar la humanidad a los demás y dar como resultado la privación de empatía y atención.

Estudios como estos arrojan nueva luz sobre el agotamiento profesional, una de cuyas principales manifestaciones es la pérdida de empatía por los demás. En el ámbito clínico, esta tendencia a la deshumanización puede llevar a los profesionales a desvincularse de los pacientes, sin apreciar su experiencia emocional y reduciéndolos a su diagnóstico. Las condiciones laborales adversas que fomentan

el agotamiento profesional, como las cargas de trabajo excesivas y las organizaciones que tratan a los empleados como engranajes intercambiables de una máquina industrial, pueden llevar a los profesionales de la salud mental a deshumanizar a los pacientes, con los efectos adversos sobre la atención clínica que los investigadores del agotamiento profesional han documentado. Un estudio reveló que el personal de enfermería psiquiátrica que no se sentía respaldado por sus superiores en la institución eran más propensos a experimentar agotamiento y depresión, así como a deshumanizar a sus pacientes (p. ej., mostrando una mayor disposición a eludir su consentimiento)⁴.

No es necesario negar la humanidad a las personas que buscan tratamiento de salud mental a causa de su enfermedad para que sufran los efectos de la deshumanización. Las percepciones deshumanizantes de las minorías raciales podrían contribuir a disparidades raciales en el diagnóstico y tratamiento de la salud mental, como las tasas significativamente elevadas de sedación farmacológica en pacientes afroamericanos que acuden a los servicios de urgencias con trastornos psiquiátricos⁵, del mismo modo que la deshumanización basada en la raza contribuye a una severa disciplina en los ámbitos de la justicia penal y la educación.

Las personas que creen que los demás les niegan su humanidad suelen responder negativamente. Al igual que se ha demostrado que creer que uno está deshumanizado por su raza o sus opiniones políticas genera reacciones antagónicas, el compromiso de los pacientes con el tratamiento psiquiátrico puede verse socavado por experiencias de deshumanización derivadas de representaciones degradantes en los medios de comunicación, interacciones despectivas con profesionales y encuentros desindividualizantes con la burocracia sanitaria⁶.

Las percepciones deshumanizantes también pueden internalizarse en lugar de resistirse a ellas. Las personas que creen que los demás las ven como menos que humanos pueden llegar a “auto-deshumanizarse”. Este fenómeno puede tener importantes implicaciones clínicas. Un estudio de pacientes con trastornos graves por consumo de alcohol descubrió que aquellos que se autodeshumanizaban más tenían una autoestima más baja y se involucraban en afrontamientos menos funcionales⁷. Investigaciones como esta indican cómo la deshumanización puede crear círculos viciosos que comprometen los objetivos terapéuticos. Ser deshumanizado puede llevar a sentirse deshumanizado, lo que puede sabotear el tratamiento.

Ser percibido como menos que humano puede agravar una enfermedad mental existente, pero la deshumanización también podría ser un factor de riesgo para desarrollarla. De hecho, los estudios señalan los efectos adversos de la deshumanización que son conocidos factores de vulnerabilidad psiquiátrica. Ser percibido como menos que humano aumenta los sentimientos de exclusión social de las personas y también disminuye la disposición de los demás a ayudar y mostrar empatía¹. La desconexión social resultante puede amplificar el riesgo, especialmente para los trastornos de internalización y de consumo de sustancias.

Además de reducir la conexión social, la deshumanización aumenta la tendencia a dañar activamente a las personas y a tolerar el daño perpetrado por otros. Las personas con mayor tendencia a deshumanizar a los demás son más propensas al acoso; los hombres

que deshumanizan a las mujeres son más propensos a la violencia de género y al acoso sexual; y las personas que deshumanizan a sus oponentes en conflictos étnicos tienen más probabilidades de apoyar acciones violentas contra ellos¹. La exposición a la violencia es un importante factor de riesgo psiquiátrico, y la deshumanización la fomenta. A un nivel más sistémico, la deshumanización basada en la raza, la clase social y la condición de inmigrante puede reforzar la aceptación pública de las desventajas sociales y las dificultades económicas, factores que contribuyen a las desigualdades en salud mental.

El concepto de deshumanización ha demostrado ser fructífero para reflexionar sobre muchas formas de conflicto interpersonal e intergrupar. Complementa constructos más familiares como el prejuicio, estigma, estereotipos y discriminación, centrándose en si percibimos y tratamos a los demás de forma que reconozcan nuestra humanidad común. El fracaso en este sentido se ha demostrado ahora en las percepciones de diversos grupos sociales, y cada vez se comprenden mejor sus implicaciones destructivas. La investigación sobre la deshumanización en el ámbito psiquiátrico está en sus inicios, pero claramente sugiere que los fallos a la hora de humanizar plenamente a las personas con enfermedades mentales están muy extendidos y tienen consecuencias significativas.

La forma de abordar la deshumanización relacionada con las enfermedades mentales no es una cuestión sencilla. A nivel de la población, es necesario un cambio cultural para que la percepción pública de la enfermedad mental sea más humanizadora. La promoción de modelos dimensionales puede llevar a que las personas con enfermedades mentales sean vistas menos drásticamente como “otros”. Algunos aspectos de las representaciones deshumanizadas de las enfermedades mentales en los medios de comunicación han disminuido notablemente en las últimas décadas⁸.

Es igualmente importante reducir la deshumanización en la práctica clínica⁹. La deshumanización se puede reducir potenciando

la empatía en los profesionales, mediante la selección y la formación, reconociendo al mismo tiempo que la empatía y la resolución de problemas pueden entrar a veces en conflicto, y fomentando el contacto cara a cara entre profesionales y pacientes a pesar de la creciente intrusión de las tecnologías médicas. La deshumanización también puede reducirse garantizando que pacientes y profesionales se presenten como individuos con atributos que los identifican de forma única, lo que refuerza la sensación de agencia de los pacientes al aumentar su capacidad de decisión sobre el tratamiento y atenuando la diferencia real y percibida entre pacientes y profesionales.

El objetivo de humanizar la atención, dentro y fuera del campo de la salud mental, debería ser ampliamente reconocido y compartido, y deberían identificarse y aplicarse estrategias concretas para abordar este objetivo. Además de esto, el impacto de la deshumanización en la salud mental a nivel poblacional debería convertirse en un foco de investigación más explícito y específico.

Nick Haslam

Melbourne School of Psychological Sciences, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

1. Haslam N, Loughnan S. *Annu Rev Psychol* 2014;65:399-423.
2. Boysen GA, Isaacs RA, Tretter L et al. *J Soc Psychol* 2020;160:346-56.
3. Vaes J, Muratore M. *Br J Soc Psychol* 2013;52:180-90.
4. Fontesse S, Rimez X, Maurage P. *Arch Psychiatr Nurs* 2021;35:153-61.
5. Khatri UG, Delgado MK, South E et al. *Ann Epidemiol* 2022;69:9-16.
6. Jenkins TA, Robison M, Joiner TE. *Curr Opin Behav Sci* 2023;50:101257.
7. Fontesse S, Stinglhamber F, Demoulin S et al. *Addict Behav* 2020;107:106425.
8. Giorgi S, Habib DRS, Bellew D et al. *Front Public Health* 2023;11:1275975.
9. Haque OS, Waytz A. *Perspect Psychol Sci* 2012;7:176-86.

DOI:10.1002/wps.21186

(Haslam N. *Dehumanization and mental health. World Psychiatry* 2024;23:173–174)

Reflexiones sobre la filosofía de la psiquiatría

En este número de la revista, Stein et al¹ resumen la situación actual de la filosofía de la psiquiatría, centrándose en varias cuestiones de los ámbitos de la nosología, la ciencia psiquiátrica y el problema mente-cuerpo.

Estoy de acuerdo con su visión favorable del “naturalismo blando” como una conceptualización adecuada de las categorías diagnósticas psiquiátricas. El naturalismo “duro”, que espera esencias y límites claros, que se aplica a algunas entidades de la ciencia (p. ej., los elementos de la tabla periódica) es claramente inapropiado para los trastornos psiquiátricos. Nuestros trastornos son “difusos” y no tienen esencias.

¿Existen los trastornos psiquiátricos en el mundo para ser «descubiertos» o los «creamos» nosotros? Aunque estoy a favor de la primera postura, los trabajos históricos sugieren cierto escepticismo. Si Kraepelin se hubiera dedicado a la zoología, como su hermano mayor, ¿habría descrito otra persona la demencia precoz y la enfermedad maniaco-depresiva en los mismos términos? Durante el siglo XIX, muchos clínicos se esforzaron por ordenar el espacio diagnóstico de los trastornos psicóticos y del estado de ánimo². Algo parecido a nuestros puntos de vista actuales probablemente habría evolucionado sin Kraepelin, pero ¿hasta qué punto habría sido similar?

La psiquiatría ha creído durante mucho tiempo que la próxima revolución científica –ya sea la patología cerebral, los genes men-

delianos o los neurotransmisores monoaminérgicos– resolvería el problema de los trastornos psiquiátricos descubriendo explicaciones “esencialistas” monocausales. Se trata de una lamentable y recurrente quimera de nuestra profesión. Irónicamente, cerca del comienzo de la evolución de la psiquiatría (a principios del siglo XIX), nos enfrentamos a la paresia general de los dementes. Esta ha sido la mayor historia de éxito de nuestra ciencia, pero nos dejó con un conjunto de expectativas poco realistas que no podemos repetir para nuestros síndromes restantes.

Salvo raras excepciones, los trastornos psiquiátricos son altamente multicausales “hasta el final”. Por lo tanto, no es realista por nuestra parte expresar impaciencia por el hecho de que el DSM no haya producido todavía un sistema diagnóstico basado en la etiología. A pesar de todos los avances en imágenes cerebrales y genética molecular, todavía seguimos ignorando a un nivel básico las causas de nuestros trastornos. No es probable que esto cambie pronto. De hecho, los avances en genética molecular señalan lo difícil que será, lo que se ha dado en llamar “la maldición de la poligenicidad”.

Mi visión del papel de los valores en la nosología psiquiátrica es más restringida que la defendida por Stein et al. El valor más importante que entra en el proceso de revisión del DSM es la priorización de los validadores potenciales. Ahora estamos ampliamente de acuerdo en que el cambio diagnóstico debe, en la medida

de lo posible, tener una base empírica. Los conjuntos revisados de criterios para un trastorno tienen que funcionar mejor que sus predecesores en los datos del mundo real. Pero, ¿cómo decidir qué tipo de actuación se debe priorizar? Una vez que se sepa lo que se quiere que hagan los diagnósticos, es más posible, al menos, aproximarse a un enfoque totalmente basado en datos. El sistema actual, con muchos validadores diferentes de pesos inciertos, es problemático³. Los comités de revisión del DSM tienen un trabajo mucho más difícil que los que evalúan los ensayos controlados aleatorizados para la Food and Drug Administration de EE.UU., en los que la respuesta al fármaco es la única variable relevante.

También estoy de acuerdo con el énfasis de Stein et al en la importancia del pluralismo en psiquiatría. Como campo, tenemos múltiples perspectivas científicas legítimas sobre nuestros trastornos, su etiología y tratamiento. La necesidad de pluralismo se debe a la naturaleza multicausal de la mayoría de estos trastornos. Sin embargo, me preocupa el pluralismo “indisciplinado”: corre el riesgo de degenerar en una perspectiva anticientífica del tipo “dejar que florezcan mil flores”. Para sentarse a la mesa del pluralismo se necesita un arduo trabajo empírico. Las correlaciones no son suficientes. Los diseños que permiten la inferencia causal son fundamentales. Nuestros umbrales tienen que ser altos, porque el campo de la salud mental atrae a una amplia variedad de teóricos, algunos de los cuales están poco limitados por los problemas de la evidencia empírica. Abogo por un pluralismo “duro”. También me ha preocupado durante mucho tiempo la frecuencia con la que la gente entra en nuestro campo con una agenda de investigación altamente influida por fuertes compromisos ideológicos *a priori*. En mi opinión, esto se debe en parte a nuestra inmadurez como campo, pero también a que muchas de nuestras áreas de investigación afectan a supuestos fundamentales sobre la naturaleza del ser humano.

También aprecio las preocupaciones de Stein et al sobre cómo reunir las múltiples perspectivas de los trastornos psiquiátricos. Es demasiado fácil para nuestros investigadores altamente especializados profundizar en su propio rincón del espacio etiológico de la enfermedad psiquiátrica durante toda una carrera y nunca mirar hacia arriba. De hecho, nuestro sistema de financiación fomenta este tipo de especialización. Yo estoy a favor de un tipo de “pluralismo” que Stein et al no comentan: el “pluralismo integrador”⁴. Este nombre sugiere que, de vez en cuando, le corresponde a un científico salir de su agujero y dedicar algo de energía a intentar integrar sus hallazgos al menos con los de perspectivas adyacentes.

Aquí se justifica un comentario sobre la reducción. No la considero una mala palabra. De hecho, la creciente fusión de la genética molecular y la neurociencia molecular para descubrir vías de riesgo que van de las variantes genéticas a los trastornos psiquiátricos se encuentra entre las más apasionantes de nuestro campo. Sería aconsejable darles más poder (y financiación). Mi objeción es para aquellos reduccionistas que argumentan que su enfoque es el único camino. La “arrogancia reductiva” nos ha perjudicado en varias fases históricas de nuestra disciplina. Ciertamente, todas las vías de investigación para los trastornos psiquiátricos no son iguales. Pero las intervenciones psicológicas y sociales han demostrado su

valía en varios de nuestros trastornos, lo que me lleva de nuevo a los argumentos anteriores sobre la multicausalidad.

En contraste con las cuestiones anteriores, que pertenecen en gran medida a la filosofía de la ciencia, el problema mente-cuerpo es fundamentalmente metafísico. A pesar de su fascinación innata, los conocimientos adquiridos en comparación con el esfuerzo necesario para abrirse camino a través de la espesura metafísica en esta área han sido, para mí, decepcionantes a lo largo de los años. Por ello, me limitaré a hacer solo algunos comentarios breves y personales. Los filósofos reflexionan sobre el problema mente-cuerpo. Los psiquiatras lo viven. La mejor metáfora que he oído para describir muchos encuentros psiquiatra-paciente, en los que el buen clínico tiene que alternar entre ver a sus pacientes como mente y cerebro, es la “binocularidad”⁵. Al igual que podemos ver la profundidad del mundo a través de nuestros dos ojos, vemos más profundamente a nuestros pacientes viéndolos a través de dos lentes diferentes: cerebral y mental.

Soy un materialista no reductivo. No estoy seguro de que sea una postura coherente, pero es lo mejor que se me ocurre. A grandes rasgos, significa que, para mi trabajo científico, no asumo que la mente pueda existir independientemente del cerebro. De hecho, mi mente tiene una instancia en mi cerebro. Pero el sistema mente-cerebro es interactivo, aunque no pueda explicar cómo funciona. La mente es un nivel central para la profesión psiquiátrica. El concepto de una psiquiatría sin mente me parece un oxímoron. De hecho, sugiero que las tensiones entre las perspectivas basadas en la mente y las basadas en el cerebro han sido definitorias para nuestra historia⁶. Y creo en la causalidad descendente. A nivel de la mente “suceden” cosas importantes que a veces son de gran importancia psiquiátrica⁷.

En conclusión, es reconfortante ver que una destacada revista de psiquiatría da cabida a este ensayo tan amplio y reflexivo. La naturaleza de la psiquiatría es tal que todos los investigadores y clínicos aportan a su trabajo una serie de supuestos filosóficos. La única cuestión es si, en algún momento de su carrera, se toman el tiempo y la energía para examinar algunos de ellos y decidir si alguno necesita revisión.

Kenneth S. Kendler

Virginia Institute of Psychiatric and Behavioral Genetics, and Department of Psychiatry, Medical College of Virginia/Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Jansson Å. *From melancholia to depression: disordered mood in nineteenth-century psychiatry*. London: Palgrave MacMillan, 2020.
3. Solomon M. *Philosophy of Medicine* 2022;3:1-23.
4. Mitchell SD. *Unsimple truths: science, complexity, and policy*. Chicago: University of Chicago Press, 2009.
5. Parens E. *Shaping our selves: on technology, flourishing, and a habit of thinking*. Oxford: Oxford University Press, 2015.
6. Kendler KS, Tabb K, Wright J. *Am J Psychiatry* 2022;179:329-35.
7. Kendler KS, Woodward J. *Psychol Med* 2021;51:1783-8.

DOI:10.1002/wps.21187

(Kendler KS. *Reflections on philosophy of psychiatry*. *World Psychiatry* 2024;23:174-175)

De los “cerebros online” a las “vidas online”: comprender los impactos individualizados del uso de internet en las dimensiones psicológica, cognitiva y social

Joseph Firth^{1,2}, John Torous³, José Francisco López-Gil^{4,5}, Jake Linardon⁶, Alyssa Milton^{7,8}, Jeffrey Lambert⁹, Lee Smith¹⁰, Ivan Jarić^{11,12}, Hannah Fabian¹, Davy Vancampfort^{13,14}, Henry Onyeaka¹⁵, Felipe B. Schuch^{16,17,18}, Josh A. Firth^{19,20}

¹Division of Psychology and Mental Health, University of Manchester, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, UK; ²Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, UK; ³Division of Digital Psychiatry, Department of Psychiatry, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ⁴One Health Research Group, Universidad de las Américas, Quito, Ecuador; ⁵Department of Environmental Health, T.H. Chan School of Public Health, Harvard University, Boston, MA, USA; ⁶School of Psychology, Deakin University, Geelong, VIC, Australia; ⁷Central Clinical School, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney, Sydney, NSW, Australia; ⁸Australian Research Council, Centre of Excellence for Children and Families over the Life Course, Sydney, NSW, Australia; ⁹Department for Health, University of Bath, Bath, UK; ¹⁰Centre for Health Performance and Wellbeing, Anglia Ruskin University, Cambridge, UK; ¹¹Laboratoire Ecologie, Systématique et Evolution, Université Paris-Saclay, Gif-sur-Yvette, France; ¹²Biology Centre, Czech Academy of Sciences, České Budějovice, Czech Republic; ¹³Department of Rehabilitation Sciences, KU Leuven, Leuven, Belgium; ¹⁴University Psychiatric Center, KU Leuven, Leuven, Belgium; ¹⁵Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA; ¹⁶Department of Sports Methods and Techniques, Federal University of Santa Maria, Santa Maria, Brazil; ¹⁷Institute of Psychiatry, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil; ¹⁸Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile, Providencia, Chile; ¹⁹Department of Biology, University of Oxford, Oxford, UK; ²⁰School of Biology, University of Leeds, Leeds, UK

En respuesta a la adopción masiva y el uso extensivo de dispositivos habilitados para internet en todo el mundo, una importante revisión publicada en esta revista en 2019 examinó el impacto de internet en la cognición humana, debatiendo los conceptos e ideas detrás del “cerebro online”. Desde entonces, el mundo online se ha entrelazado aún más con el tejido social, y ha seguido creciendo el grado en que utilizamos dichas tecnologías. Además, la evidencia de la investigación sobre cómo afecta el uso de internet a la mente humana ha avanzado considerablemente. En este artículo, intentamos aprovechar los datos más recientes de estudios epidemiológicos a gran escala y revisiones sistemáticas, junto con ensayos controlados aleatorizados e investigaciones cualitativas que han surgido recientemente sobre este tema, para ofrecer ahora una visión multidimensional de los impactos del uso de internet en los resultados psicológicos, cognitivos y sociales. Para ello, detallamos la evidencia empírica sobre cómo difieren los efectos en función de diversos factores, como edad, género y tipos de uso. También nos basamos en nuevas investigaciones que examinan aspectos más experienciales de la vida online de los individuos, para entender cómo las características específicas de sus interacciones con internet, y el impacto en su estilo de vida, determinan los beneficios o inconvenientes del tiempo online. Además, exploramos cómo las áreas incipientes pero intrigantes de la culturómica, la inteligencia artificial, la realidad virtual y la realidad aumentada están cambiando nuestra comprensión de cómo internet puede interactuar con el cerebro y el comportamiento. En general, queda clara la importancia de adoptar un enfoque individualizado y multidimensional sobre cómo afecta internet a la salud mental, la cognición y el funcionamiento social. Además, hacemos hincapié en la necesidad de directrices, políticas e iniciativas en torno al uso de internet para aprovechar al máximo la evidencia científica disponible a partir de los niveles de investigación neurocientíficos, conductuales y sociales presentados en este documento.

Palabras clave: Internet, redes sociales, cognición, bienestar mental, atención, memoria, funcionamiento social, adicción, inteligencia artificial, culturómica.

(Firth J, Torous J, López-Gil JF, Linardon J, Milton A, Lambert J, et al. From “online brains” to “online lives”: understanding the individualized impacts of Internet use across psychological, cognitive and social dimensions. *World Psychiatry* 2024;23:176–190)

La revolución digital ha transformado casi todos los aspectos de nuestra vida cotidiana. Desde nuestras actividades de ocio a las profesionales, pasando por las interacciones sociales, internet se ha arraigado profundamente en el centro de los estilos de vida contemporáneos en todo el mundo. Lo que es menos evidente, sin embargo, es el impacto potencial de esta omnipresente adopción tecnológica en la propia mente humana. En 2019, este tema atrajo la atención de un artículo de esta revista¹, que revisaba la literatura en torno a cómo internet puede estar influyendo en nuestras capacidades atencionales, procesos de memoria y cognición social.

Desde la publicación de esos hallazgos iniciales, la integración de internet en el tejido social ha seguido ampliándose. Como refleja un análisis del Pew Research Center², se ha producido un crecimiento constante de la posesión de teléfonos inteligentes y una trayectoria ascendente continua en la utilización global de internet: casi el 50% de los jóvenes se describieron a sí mismos como “siempre online” en 2023. Estudios recientes también han mostrado cómo estas tendencias se han acelerado en el contexto de la pandemia de COVID-19³, que produjo un marcado cambio en la dependencia de la población de las tecnologías digitales para el trabajo y la comunicación social, afianzando aún más la tecnología digital en las rutinas diarias.

Además de observar una adopción aún mayor, también estamos aprendiendo más sobre cómo pasa la gente su tiempo online, que cambia constantemente. Por ejemplo, se está produciendo un desplazamiento hacia los medios de comunicación online (sobre todo música y vídeos), en detrimento de la difusión en medios tradicionales. Las cadenas de radio pierden terreno frente al streaming de música online y los podcasts, y el usuario medio pasa unos 100 minutos al día escuchando música a través de aplicaciones, y una hora más escuchando podcasts⁴. Las plataformas de vídeo online han crecido considerablemente en los últimos años, rivalizando ahora con la televisión tradicional en términos de tiempo total de visionado entre los usuarios⁵, y YouTube se ha convertido en el sitio web de medios sociales más popular².

En este contexto, la naturaleza de los vídeos online ha cambiado, debido a las innovaciones en la difusión de contenidos de vídeo de formato corto tras el ascenso meteórico de TikTok, que alcanzó fama mundial tras acumular más de mil millones de descargas en 2019⁶. A su vez, Instagram, Facebook y YouTube han introducido funciones de vídeo de formato corto similares, como “reels” y “shorts”. En conjunto, este cambio ha influido profundamente en la forma en que se producen y consumen los vídeos online en todo el mundo.

También se está produciendo un cambio concomitante en el valor social percibido del entretenimiento online. Por ejemplo, una universidad irlandesa ofrece ahora una licenciatura de cuatro años en creación de contenidos e “influencia”⁷.

Sin embargo, los últimos datos globales de 2023^{4,5} muestran que las redes sociales siguen representando la mayor parte del uso de internet en el panorama digital moderno, con usuarios en edad laboral que pasan más de 2,5 horas diarias en diversas plataformas, lo que supone el 38% de su tiempo total. Mientras que el 24% de los adolescentes declararon estar conectados constantemente en 2015, esa cifra aumentó y se mantuvo en el 46% tanto en 2022 como en 2023². En consecuencia, gran parte del debate científico y público en torno a los efectos psicológicos y sociales de internet se ha centrado en esta faceta del mundo online, con numerosos documentos de política sanitaria nacional y directrices clínicas^{8,9} de reciente aparición, junto con una gran cantidad de nueva literatura académica sobre todos los aspectos de cómo internet puede influir en la salud mental, la cognición y la socialidad.

En respuesta a los recientes cambios en nuestras percepciones y comprensión sobre el uso de internet, este artículo actualiza la revisión de 2019¹, ampliando las principales hipótesis sobre cómo internet puede afectar la salud mental, cognitiva y social. Tenemos en cuenta los últimos datos tanto cuantitativos como cualitativos de la investigación, para arrojar nueva luz sobre los aspectos experienciales de cómo el uso de internet puede afectar a los estados mentales de los individuos, y dilucidar los supuestos factores sociodemográficos, psicológicos y de comportamiento que pueden mediar en esto.

IMPACTOS PSICOLÓGICOS DEL USO DE INTERNET: UNA PERSPECTIVA PERSONALIZADA

El impacto potencial del uso de internet en la salud mental sigue impregnando los principales medios de comunicación y la conciencia pública, especialmente en lo que respecta a las redes sociales y los jóvenes. Por ejemplo, la declaración del Surgeon General de EE.UU. de 2021 sobre la salud mental de los adolescentes⁹ llamó considerablemente la atención sobre este tema, centrándose sobre todo en los impactos negativos de las redes sociales sobre la salud mental, e incluso señalando esto como un factor sospechoso impulsor del espectacular aumento de las tasas de suicidio y autolesiones observadas entre los jóvenes estadounidenses en los últimos años. Además, varios estados de EE.UU. han interpuesto una demanda contra Meta, la empresa propietaria de Facebook, aduciendo que la compañía perjudicó deliberadamente la salud física y mental de los usuarios jóvenes al utilizar funciones de manipulación psicológica en sus plataformas¹⁰.

Por otra parte, importantes grupos de defensa de la salud mental, como la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI) de EE.UU., aunque reconocen los riesgos psicológicos potenciales de las redes sociales, también destacan algunos beneficios reales observados en determinados contextos. En concreto, se cree que los debates en profundidad sobre salud mental que pueden desarrollarse en estas plataformas están reduciendo el estigma, mejorando la comprensión y proporcionando una valiosa fuente de apoyo entre pares para algunas personas¹¹. Dado que el debate público sobre esta cuestión continúa inevitablemente, es necesario reevaluar periódicamente la evidencia empírica, a fin de fundamentar nuestra comprensión y los consejos e iniciativas de salud pública.

En general, estudios recientes han indicado que los posibles impactos negativos del uso de internet (y particularmente de las

redes sociales) no están estrechamente vinculados a la cantidad de tiempo que se pasa online. Por ejemplo, en una investigación epidemiológica a gran escala¹² se sintetizaron datos de revisiones, metaanálisis y estudios de cohortes para evaluar la correlación de la tecnología digital con la depresión y la ansiedad, y se llevó a cabo un sólido análisis de estas relaciones en adolescentes a través de múltiples conjuntos de datos nacionales¹³. Ambos estudios encontraron solo evidencia mínima que sugiriera una relación causal o directa entre la cantidad de tiempo que las personas pasan online y los resultados de salud mental.

Estos hallazgos nulos sobre asociaciones lineales pueden deberse en parte a la existencia de una curva en forma de U entre el uso de internet y el bienestar. De hecho, otro estudio realizado en el marco de la Encuesta Nacional de Salud Infantil de EE.UU.¹⁴ halló que niveles moderados de tiempo de pantalla digital (1-2 horas al día) se asociaban con mejor funcionamiento psicosocial entre los niños que niveles bajos (es decir, <1 hora) o altos (~5 horas).

Aunque estos estudios a gran escala son informativos a nivel macro, es limitada nuestra capacidad para determinar la naturaleza de las relaciones subyacentes entre el uso de internet y la salud mental a partir únicamente de este tipo de investigaciones. En los últimos cinco años han aumentado los estudios que tratan de aportar evidencia causal evaluando los efectos del abandono de las redes sociales en la salud mental. Estos estudios plantean la hipótesis de que, si estas tecnologías provocan estados psicológicos adversos a partir de la participación diaria, la retirada parcial o total debería producir cambios notables en el bienestar.

Una revisión sistemática de 23 ensayos controlados aleatorizados (ECA)¹⁵ realizada en 2023, que reunió la evidencia más recientes al respecto, indicó que abstenerse parcial o totalmente del uso de las redes sociales parece producir mejoras significativas en diversos ámbitos de la salud mental. La depresión fue el resultado evaluado con más frecuencia, y 7 de cada 10 ECA mostraron efectos medianos-grandes a favor de la intervención de retirada de las redes sociales. En 3 de cada 6 ECA que evaluaron la ansiedad se informaron efectos positivos notables de la retirada, mientras que en 3 de cada 8 ECA que evaluaron el bienestar general solo se encontraron pequeños indicios de beneficio. En algunos de los ECA se observaron beneficios simultáneos en múltiples dominios, con un ECA de 111 adultos que informó de efectos medianos-grandes en la depresión, la ansiedad y el bienestar entre los aleatorizados a una retirada de una semana de las redes sociales, en comparación con los controles¹⁶.

Por otra parte, un estudio sólido de tres experimentos de campo prerregistrados (N=600) reveló que los días de abstinencia de redes sociales no reflejaban diferencias en el bienestar en comparación con el uso normal de redes sociales¹⁷. Además, algunos estudios han observado efectos psicológicos negativos al reducir el uso de redes sociales. Por ejemplo, un ECA con 78 estudiantes de los Emiratos Árabes Unidos se observó una disminución de la satisfacción vital y un aumento de la soledad tras una abstinencia de 7 días de redes sociales en comparación con un grupo control¹⁸, mientras que otro ensayo cruzado en el Reino Unido halló que la abstinencia diaria de redes sociales disminuía la conexión social, reduciendo así el bienestar¹⁹.

En general, ha habido una serie de hallazgos nulos o contradictorios que surgen tanto de investigaciones observacionales a gran escala¹²⁻¹⁴ como de ECA¹⁶⁻¹⁹ sobre los efectos “absolutos” de la participación o retirada de redes sociales en la salud mental. Por lo tanto, la investigación futura debe avanzar hacia un enfoque más matizado que examine los factores y el contexto que determinan los resultados psicológicos de la participación en redes sociales.

Nuestra revisión anterior¹ concluyó destacando la necesidad de seguir investigando para establecer cómo las características individuales, como la edad, pueden influir en los efectos del uso de internet sobre la salud mental. Desde entonces, los matices de cómo la edad puede afectar a los impactos psicológicos del uso de internet se han explorado en profundidad en un estudio²⁰ que analizó la interacción entre el uso de redes sociales, la satisfacción con la vida y las etapas de desarrollo en una gran cohorte del Reino Unido que incluía 84.011 individuos de entre 10 y 80 años.

Los hallazgos revelaron “ventanas de sensibilidad” a los efectos psicológicos adversos de las redes sociales en el curso de la vida, con diferencias perceptibles entre hombres y mujeres en los riesgos de desarrollo. Específicamente, los impactos negativos del uso excesivo de redes sociales se observaron por primera vez entre mujeres en las primeras etapas de la adolescencia, entre los 11 y 13 años. En hombres, las relaciones adversas entre las redes sociales y la satisfacción vital aparecieron entre los 14 y 15 años, y ambos grupos mostraron una mayor sensibilidad del desarrollo hacia el final de la adolescencia (19 años)²⁰.

Al igual que con la edad y el género, otros estudios han empezado a observar que las características individuales y los factores situacionales pueden afectar a la vulnerabilidad a los resultados adversos del uso de internet, encontrando típicamente que los mismos factores de riesgo que aumentan la marginación y la desventaja “offline” (como la disfunción familiar, problemas de salud mental, discapacidad, sentimientos subjetivos de soledad y aislamiento social) también aumentan la vulnerabilidad a los daños online en los jóvenes²¹⁻²⁴.

Desde una perspectiva académica, estos valiosos hallazgos sirven para demostrar que considerar supuestos factores de vulnerabilidad dentro de los análisis a escala poblacional puede aumentar nuestra comprensión de cómo el uso de internet afecta a la salud mental. Desde una perspectiva práctica, las ventanas de sensibilidad y los factores de riesgo clave identificados son de utilidad inmediata para empezar a explorar estrategias que mejoren las consecuencias adversas del tiempo online en aquellos con más riesgo.

Sin dejar de reconocer la utilidad de estos avances, el campo puede ir ahora más allá, buscando factores inter- e intraindividuales que sustentan la “vida online” de las personas, y cómo determinan los resultados psicológicos, cognitivos y sociales del uso de internet.

COMPROMISO SIN FIN EN EL MUNDO ONLINE

La asociación entre el uso de la tecnología digital y la salud mental es compleja. Por un lado, parece que algunas preocupaciones públicas sobre el uso general de la tecnología y los resultados adversos en los jóvenes pueden ser exageradas, dada la falta de evidencia sólida sobre los efectos generales²⁵. Dicho esto, no cabe duda de que internet proporciona una plataforma para que los jóvenes queden expuestos a “daños online”, y se han expresado muchas preocupaciones válidas sobre amenazas evidentes como el ciberacoso, la exposición a material pornográfico y los juegos de azar²⁶⁻²⁹. Además, la gravedad del problema de la exposición a contenidos relacionados con el suicidio ha sido puesta de relieve por un estudio³⁰ que informa de que casi una cuarta parte de los jóvenes que murieron por suicidio en una muestra del Reino Unido habían tenido experiencias relacionadas con el suicidio en internet (p. ej., búsqueda de métodos de suicidio). Dado que estas amenazas concretas del mundo online se han examinado exhaustivamente en

otros lugares^{22,31,32}, aquí pretendemos dilucidar cómo los matices del uso general de internet, aparte de estas actividades de alto riesgo, pueden afectar a los resultados cognitivos y psicológicos.

El uso más problemático de internet se conoce como “adicción a internet”. En lugar de definirla por una magnitud cuantificable de tiempo gastado online, la adicción a internet se conceptualiza mejor como una necesidad compulsiva de interactuar con plataformas online específicas (p. ej., redes sociales o juegos) a expensas o descuidando otras responsabilidades personales, sociales y laborales³³. Entre los indicadores clave de la adicción se encuentran los cambios de humor notables cuando se está alejado de internet, incluso durante un periodo relativamente corto (síntomas de abstinencia), una cantidad cada vez mayor de tiempo dedicado a estas plataformas para lograr satisfacción (tolerancia), y el conflicto con otras actividades y/o relaciones sociales en el mundo real³³.

A pesar de que el término “adicción” describe un uso relativamente extremo que afecta al funcionamiento social en el mundo real, un reciente metaanálisis realizado en 32 países en el que participaron 63 muestras independientes con más de 34.000 personas³⁴ reveló que, incluso según las clasificaciones más estrictas de la adicción a redes sociales, la prevalencia general se estima en torno al 5%.

Aunque muchos comportamientos “normales” que no tienen que ver con internet tienen el potencial de convertirse en adictivos, un cuerpo emergente de investigación cualitativa ha empezado a arrojar luz sobre cómo el mundo online específicamente parece ejercer una fuerte compulsión hacia el uso constante en algunos jóvenes^{26,27,29,35-41}. Los adolescentes expresan su preocupación por el “flujo constante de entretenimiento”⁴¹ que afecta a actividades críticas como los deberes y el sueño^{38,41}. Algunos jóvenes relacionan sus comportamientos digitales con antojos similares a los de una adicción. Por ejemplo, en un estudio de métodos mixtos realizado en EE.UU., centrado en el uso de las redes sociales por parte de estudiantes universitarios, un participante explicó: “*Me creé un hábito poco saludable que es como jugar a una máquina tragaperras. Me lleva a querer mirar más las redes sociales para obtener gratificación*”.

Algunos padres también son testigos directos del potencial adictivo y la consiguiente distracción y falta de respuesta de sus hijos^{27,35}. Por ejemplo, en un estudio cualitativo australiano²⁷, los padres informaron de que ciertos juegos online son tan adictivos para los niños que pueden afectar a la autorregulación y a las conductas estándar de autocuidado hasta un punto dramático, incluso en los usuarios más jóvenes de medios digitales: “*Tuvimos que prohibir Roblox durante años porque no quería ir al baño. Se orinaba jugando porque no quería morir en el juego*”.

La dificultad de la autorregulación en el uso de las redes sociales también queda reflejada en la novedosa literatura cualitativa que recoge los aspectos experienciales de este tema, en la que los participantes describen con detalle los retos a los que se enfrentan para reducir su tiempo en estas plataformas⁴². Varios usuarios describen cómo los algoritmos de las redes sociales están diseñados para fomentar un uso prolongado y frecuente⁴¹. Plataformas como Instagram pueden promover o exacerbar el uso compulsivo a través de las notificaciones automáticas, recomendaciones de contenido generadas por algoritmos y funcionalidades continuas de visualización compulsiva, como el desplazamiento automático^{29,40}. Las notificaciones, especialmente de redes sociales y mensajes online, se consideran gratificantes y altamente adictivas, y contribuyen a prolongar el tiempo frente a la pantalla desde el punto de vista de jóvenes, padres y profesionales de la salud^{36,40,43}. A pesar de los intentos de desactivar las notificaciones⁴¹, los jóvenes descri-

ben sentirse obligados a consultarlas, y el acto de consultarlas se convierte en un proceso habitual²⁹, que contribuye a prolongar el tiempo frente a la pantalla³⁶.

Varios de estos facilitadores de participación ocupan un lugar destacado en la mencionada demanda de los estados de EE.UU. contra Meta (Facebook), que sugiere que la empresa utilizó: a) algoritmos de recomendación que manipulan la dopamina; b) características de comparación social; c) alertas audiovisuales y hápticas que hacen que los usuarios desvíen su atención mientras están en la escuela y durmiendo; d) filtros visuales que pueden promover la dismorfia corporal, con el fin de ganar y mantener el enganche de los jóvenes¹⁰.

Los mecanismos psicológicos que subyacen a esta compulsión por comprobar y la dificultad para desconectar se describen como desafíos a la atención, el autocontrol y la gestión del tiempo. Por ejemplo, la capacidad de autorregular con éxito la participación puede ser un reto cuando los usuarios están en “trance” o “desplazándose sin pensar”⁴². En un estudio cualitativo australiano realizado con estudiantes universitarios, un joven declaró: “*Necesito que otra persona me lo diga, que me saque, porque una vez que estoy ahí y me desplazo... me quedo atascado*”⁴².

En reconocimiento de esto, los participantes en estudios cualitativos han informado de varias estrategias de autorregulación, como reducir la accesibilidad poniendo los teléfonos fuera de su alcance o escondiéndolos, silenciar los teléfonos, desactivar las notificaciones, configurar alarmas, planificar el día y mantenerse ocupados^{41,42,44}. En algunos estudios con adultos, los participantes expresaron una fuerte motivación para mantener la disciplina digital, pero reconocieron la necesidad de restricciones más severas, como desinstalar aplicaciones, para lograr una desconexión autodeterminada, especialmente durante periodos de vulnerabilidad emocional⁴⁴.

DE FOMENTAR CONEXIONES AL “MIEDO A PERDERSE ALGO”

A medida que avanza la ciencia en este campo, va quedando claro que las relaciones internet-cerebro no dependen solo de la cantidad de uso, ni siquiera de características individuales como la edad, el género u otros factores que puedan afectar a la vulnerabilidad. Una comprensión más precisa del impacto del uso de internet en la salud mental puede obtenerse dejando de considerar los resultados en un espectro lineal de “bueno” a “malo”. Debe reconocerse que los usuarios pueden experimentar simultáneamente efectos psicológicos positivos y negativos del uso de internet, a través de la multitud de formas en que sus vidas se entrelazan con el mundo online⁴⁵.

Los estudios han utilizado métricas objetivas para diferenciar entre tipos de actividad en las redes sociales, como publicar principalmente contenidos propios frente a comentar o dar “likes” a las publicaciones de otras personas, o el “uso activo” (p. ej., intercambios personalizados específicos, como enviar mensajes privados o publicar actualizaciones de estado) frente al “uso pasivo” (p. ej., seguimiento de la vida online de los perfiles de otros usuarios)^{46,47}. Sin embargo, hasta ahora estas investigaciones no han aportado evidencia consistente de que un estilo específico de interacción en internet conduzca a resultados positivos o negativos para la salud mental^{46,47}. En cambio, la mayor parte de la evidencia sobre cómo los usos específicos de internet pueden afectar de forma diferencial a la salud mental se encuentran en investigaciones centradas en los aspectos experienciales de la implicación de los jóvenes con los

dispositivos digitales. Por ejemplo, encuestas a gran escala han revelado que, aunque más del 90% de los adolescentes identifican al menos una forma en la que la tecnología afecta negativamente a su vida cotidiana⁴⁸, la mayoría también afirma que estar online tiene efectos positivos en su trabajo, educación y relaciones sociales⁴⁹.

Las plataformas de redes sociales ofrecen a los usuarios la oportunidad de mantener y reforzar sus vínculos sociales, lo que puede ser especialmente beneficioso en circunstancias en que las interacciones físicas son limitadas, como el teletrabajo, o para personas con problemas de movilidad⁵⁰. En particular, existen datos indicativos de que las redes sociales contribuyen a la capacidad general de los adultos mayores para participar más plena y eficazmente en contextos sociales, enriqueciendo así su bienestar social e interacciones⁵⁰. Además, durante la pandemia de COVID-19, varios estudios observaron que el uso de redes sociales mejoró parte del aislamiento social producido por el confinamiento en jóvenes⁵¹, mientras que los adolescentes que no tenían acceso a un ordenador experimentaron un empeoramiento sustancial de los resultados de su salud mental durante ese periodo⁵².

Utilizar internet para estar conectado con los amigos es un excelente ejemplo de un comportamiento que puede reportar beneficios psicológicos. Sin embargo, los aspectos sociales del mundo online también pueden provocar “miedo a perderse algo”, un fenómeno conocido como “FOMO”. FOMO es la aprensión de la gente a perderse experiencias gratificantes que otros están teniendo, lo que crea un fuerte deseo de permanecer continuamente conectado, que se ha relacionado tanto con un mayor uso de las redes sociales como con peores resultados de salud mental⁵³.

Algunos ECA han explorado esta cuestión de forma experimental. Un ensayo con 61 adultos observó tasas más bajas de FOMO tras una pausa de 7 días en las redes sociales en comparación con un grupo de control⁵⁴, mientras que otro ensayo con 143 estudiantes no encontró diferencias en el FOMO después de pedir a los participantes que limitaran su uso de las redes sociales a 10 minutos al día durante 3 semanas en comparación con el uso habitual de las redes sociales⁵⁵. De hecho, es incluso concebible que la retirada de las redes sociales pueda aumentar las emociones adversas relacionadas con el FOMO en usuarios a largo plazo cuyas vidas sociales están profundamente conectadas con los acontecimientos online.

Una vez más, los matices de este fenómeno se captan mejor en la investigación cualitativa, que muestra que la motivación para participar y pasar más tiempo en redes sociales se ve agravada por las necesidades sociales y de reconocimiento, exacerbadas por los comentarios y los “likes”, que fomentan el uso habitual y compulsivo^{39,41}. Estos temas se recogen en una cita de una adolescente que afirma lo siguiente “*Es tan adictivo. Cuando oyes una notificación, es muy difícil no mirarla, sobre todo cuando se trata de un chat grupal divertido con tus amigos y no quieres perdértelo*”³⁶.

Aquí radica la doble naturaleza de la participación en internet. Sirve como herramienta beneficiosa para mantener las relaciones sociales, pero al mismo tiempo fomenta la sensación de perderse algo cuando uno está desconectado. Esto subraya la necesidad de comprender y educar a los individuos para que fomenten un sentido equilibrado de la conexión en el mundo online.

COMPARACIONES SOCIALES Y AUTOPERCEPCIONES EN EL MUNDO ONLINE

El uso de internet también da lugar a comparaciones sociales, que es otro mecanismo clave a través del cual la vida online puede

ejercer efectos positivos o negativos sobre el bienestar psicológico. Por ejemplo, un estudio de 150 estudiantes en Pakistán⁵⁶ presentó evidencia convincente de que el uso diario de Facebook disminuye la autoestima, debido a la gran cantidad de jóvenes (88%) que realizan comparaciones sociales cuando utilizan esa plataforma. Estos resultados han sido corroborados por un estudio en Alemania, en el que se administraron cuestionarios de autoinforme todos los días durante 2 semanas, y se descubrió que el uso diario de redes sociales provocaba una disminución de la autoestima, mediada por las comparaciones sociales ascendentes⁵⁷.

Por otro lado, 2 ensayos cruzados que midieron múltiples facetas del bienestar, respectivamente en 600 y 236 participantes^{17,19}, no encontraron evidencia que sugiriera una mejora de la autoestima tras la abstinencia de redes sociales en comparación con el uso normal. Del mismo modo, un estudio de muestreo de experiencias más amplio y a más largo plazo (3 semanas) realizado en Países Bajos mostró que los efectos de las redes sociales en la autoestima variaban sustancialmente entre individuos, e incluso algunos de ellos refirieron efectos positivos⁵⁸, lo que apunta de nuevo a la idea de que los resultados pueden estar más vinculados a las características específicas de cómo una persona utiliza y responde a estas plataformas.

Dentro del debate en torno a los efectos psicológicos de las comparaciones sociales en el mundo online, un aspecto que gana considerable atención es el impacto sobre la imagen corporal, y la posibilidad de que las comparaciones sociales poco realistas en este ámbito provoquen o perpetúen trastornos de la conducta alimentaria y de peso.

Existen numerosas características de internet y redes sociales que se cree que contribuyen a la aparición y mantenimiento de alteraciones de la alimentación, de la imagen corporal y del peso. Los usuarios suelen estar expuestos a abundantes contenidos que muestran formas corporales poco realistas y planes idealizados de alimentación y ejercicio⁵⁹. Además, las plataformas de redes sociales y aplicaciones fotográficas también cuentan con herramientas de edición de imágenes, que da lugar a la proliferación de fotografías mejoradas, editadas o manipuladas de tipos de cuerpo inalcanzables en el mundo online. Esto, junto con el uso de fármacos para mejorar el físico por parte de influencers, aunque se presentan como “naturales”⁶⁰, conduce a un hiperenfoque en la apariencia física en el mundo online que se cree que aumenta la preocupación por la alimentación, la figura y el peso⁶¹. Además, han proliferado los grupos online que promueven conductas peligrosas de control de peso, como sitios web y foros a favor de los trastornos de la conducta alimentaria, que también pueden influir negativamente en las pautas de alimentación y ejercicio de personas vulnerables, en particular mujeres jóvenes⁶².

Una gran cantidad de estudios ha investigado la relación entre el uso de redes sociales y los trastornos de la conducta alimentaria, la imagen corporal y el peso, y la investigación metaanalítica ha aportado evidencia de asociaciones transversales, longitudinales y causales^{63,64}. Hay investigación incipiente más a fondo sobre las vías psicológicas por las que el uso de las redes sociales confiere riesgo a estos problemas. La evidencia disponible sugiere que las “comparaciones sociales online” pueden dar lugar a la internalización de ideales de apariencia, y esto, junto con la presión percibida para conformarse, es el mecanismo mediador de los problemas inducidos por internet con la imagen corporal y la alimentación^{65,66}.

La investigación cualitativa también muestra cómo esas comparaciones sociales pueden afectar incluso a personas que son conscientes de las presentaciones engañosas en el mundo online,

influyendo en su imagen corporal y en percepciones más amplias de sí mismos y sus vidas. Un usuario explicó que *“una persona tiene la sensación de que tiene una vida aburrida o de que todo el mundo es guapo e increíble porque ve muchos perfiles en los que se presentan las cosas más bonitas, una imagen abstracta de una persona... Así que creo que eso me influyó incluso cuando me di cuenta... incluso cuando no era una imagen real de la vida”*⁶⁷.

Se ha hecho mucho menos para comprender si la relación de riesgo mencionada también se sustenta en un deterioro de las funciones neurocognitivas. Los déficits en el control inhibitorio podrían ser un mecanismo explicativo que vincule el uso de redes sociales con alteraciones de la alimentación, la imagen corporal y el peso⁶⁸⁻⁷⁰. De hecho, la investigación neurocognitiva indica que la actividad de las regiones cerebrales implicadas en este proceso cognitivo (p. ej., la corteza cingulada media) puede estar alterada en personas que utilizan excesivamente las redes sociales⁷¹, de forma similar a lo observado en personas que presentan síntomas de adicción a la comida y atracones^{68,72}.

El sesgo atencional es otro proceso cognitivo que puede estar implicado. Las investigaciones que utilizan tecnología de seguimiento ocular y tareas de procesamiento de la información (p. ej., la tarea de la sonda de puntos o dot-probe, el test de Stroop)^{73,74} indican que las personas con trastornos de la conducta alimentaria con peso inferior al normal muestran una atención selectiva hacia los estímulos que promueven o amenazan la apariencia (p. ej., fotografías, imágenes o palabras atractivas vs. no atractivas), que puede estar mediada por una sobreactivación de la amígdala y la corteza prefrontal ventromedial⁷⁵. Por el contrario, las personas con obesidad o trastorno por atracón muestran sesgos atencionales hacia las señales alimentarias (es decir, palabras o imágenes de alimentos muy sabrosos) utilizando estos mismos paradigmas, que parecen activar el circuito neuronal implicado en la búsqueda de recompensa, induciendo a su vez el deseo de comer y la susceptibilidad a comer en exceso⁷⁶. Extrapolando estos hallazgos al entorno digital, es plausible que, en algunos individuos, la exposición a los omnipresentes contenidos online orientados a la apariencia (p. ej., selfies, físicos musculosos y delgados), el ejercicio (p. ej., citas motivadoras) o la comida (p. ej., anuncios de comida rápida) contribuya a la aparición o persistencia de ciertas alteraciones de la alimentación, la imagen corporal y el peso a través de estos sesgos atencionales.

Si bien esto supone un riesgo claro para los usuarios que interactúan con redes sociales de forma perjudicial para sus prejuicios, también ofrece la oportunidad de abordar de forma positiva las percepciones erróneas sobre las formas corporales ideales y alcanzables. Un ejemplo es un experimento⁷⁷ en el que se expuso a estudiantes universitarias a una serie de vídeos de TikTok que promovían la neutralidad corporal o se ajustaban a las narrativas habituales en torno a los físicos idealizados. Las evaluaciones posteriores a la exposición indicaron que el grupo de neutralidad experimentó un aumento de la satisfacción corporal y una mejora del estado de ánimo, en contraste con los compañeros que vieron los vídeos típicos.

Estos hallazgos ponen de manifiesto que, si se utilizan correctamente, las redes sociales pueden mejorar la percepción de la imagen corporal en jóvenes. Se podrían obtener más datos a este respecto investigando más a fondo los mecanismos cognitivos que subyacen a las comparaciones sociales en el mundo online. Esto es particularmente cierto en lo que respecta a los sesgos atencionales, ya que se cree que ciertos tipos de uso de la tecnología alteran los propios procesos atencionales, como se expone en la siguiente sección.

DISTRACCIÓN SIN SENTIDO VS. ESTIMULACIÓN POSITIVA

En nuestra revisión anterior¹, analizábamos la evidencia incipiente sobre las formas en que el uso de internet puede afectar a nuestras capacidades cognitivas en el curso de la vida, en particular en lo que respecta a las dos áreas de la neurocognición que habían recibido mayor interés de investigación en ese momento. En primer lugar, cómo las capacidades atencionales pueden verse influidas por la continua afluencia de contenidos y notificaciones digitales. En segundo lugar, las principales hipótesis y evidencia en torno a cómo el acceso ubicuo a información fáctica ilimitada online puede afectar a nuestras capacidades para almacenar y recuperar información por nosotros mismos. Desde que se hizo esta revisión, ha surgido una amplia bibliografía en este campo, que ofrece nuevas perspectivas sobre el impacto de las actividades online en la atención, la memoria y otros aspectos de la cognición humana.

Estudios observacionales recientes a gran escala indican que el uso extensivo de dispositivos en niños puede, de hecho, afectar negativamente a su concentración. Por ejemplo, en más de 2.300 niños en edad preescolar se examinó la relación entre el tiempo frente a la pantalla y la atención, basándose en datos facilitados por los padres⁷⁸. Los resultados mostraron que los niños que pasaban más de 2 horas al día frente a una pantalla (13,7%) tenían casi 6 veces más probabilidades de presentar problemas de falta de atención clínicamente significativos en comparación con los niños que estaban menos de 30 minutos al día, además de mostrar mayor incidencia de síntomas clínicamente significativos de déficit de atención con hiperactividad.

A pesar de estas fuertes asociaciones, sigue siendo difícil atribuir directamente las dificultades de atención en los jóvenes al uso de internet, dada la falta de evidencia causal para mejorar la atención mediante la retirada. Por ejemplo, un ECA de 76 estudiantes mostró que una semana de instrucciones para reducir las redes sociales en un 50% no produjo diferencias en el comportamiento o en los autoinformes de atención sostenida en comparación con la reducción de redes sociales en un 10%. Sin embargo, la reducción media del uso de redes sociales en el brazo de control fue en realidad del 38%, lo que puede explicar los resultados nulos⁷⁹.

Los resultados de las últimas investigaciones sobre neuroimagen han proporcionado una visión más completa de la interacción entre el uso de dispositivos digitales y el funcionamiento cerebral. Por ejemplo, el estudio Desarrollo Cognitivo del Cerebro de los Adolescentes (ABCD) había recopilado datos de un total de 11.878 participantes de 9 a 10 años de edad en el momento de los últimos análisis, realizados en 2023⁸⁰. La evaluación de los cambios en la dinámica de la red cerebral durante un periodo de 2 años no mostró evidencia consistente de relaciones causales entre el uso de medios de pantalla digital y la conectividad funcional en los niños.

Otra investigación⁸¹ proporciona más información al respecto, al profundizar en los detalles de la relación entre distintos tipos de actividades multimedia frente a una pantalla y la estructura cerebral y la cognición de 4.277 niños del mismo estudio ABCD. Se observó que algunas actividades multimedia en pantalla estaban relacionadas con peores resultados cognitivos, mientras que otras se asociaban a un mejor rendimiento. Por ejemplo, actividades como ver vídeos y jugar parecían estar relacionadas con patrones estructurales indicativos de una mayor maduración del sistema visual. Además, las actividades de juego se correlacionaron con un aumento del volumen orbitofrontal, manteniendo una relación positiva con la inteligencia fluida. Por otro lado, los resultados

indicaron una relación negativa entre el uso de redes sociales y la inteligencia cristalizada. Además de revelar la complejidad de las relaciones entre las actividades multimedia en pantalla y el rendimiento cognitivo, estos hallazgos proporcionan más evidencia del principio de ir más allá de los exámenes de las métricas generales del tiempo frente a pantalla, para centrarse en su lugar en delinear cómo la naturaleza de las interacciones de las personas con el mundo online puede determinar los impactos cognitivos y psicológicos del uso de dispositivos digitales.

Más allá de la investigación neurocientífica a escala poblacional, varios estudios conductuales a menor escala han proporcionado una comprensión más precisa de cómo los dispositivos digitales afectan a las capacidades atencionales en el momento real de uso. Se utilizó un protocolo de evaluación momentánea⁸² para evaluar cómo la tendencia de los estudiantes universitarios a distraerse de tareas importantes (medida a través de la procrastinación autoinformada) estaba relacionada con el uso de su smartphone en tiempo real (captado mediante la recogida pasiva de datos). Aunque solo se encontraron asociaciones débiles cuando se buscaron tendencias generales en toda la muestra, los resultados presentaron evidencia convincente de la variabilidad individual en el tipo de usos de los teléfonos inteligentes que fomentan la procrastinación. Algunos usuarios se distraían más fácilmente con la transmisión de vídeos (p. ej., YouTube), otros más navegando por internet y otros prestaban más atención a los juegos online cuando procrastinaban⁸². Con una metodología similar, otro estudio⁸³ tampoco mostró asociaciones generales entre la frecuencia con la que los adolescentes consultan su teléfono y la procrastinación. En cambio, el grado de retraso de la tarea entre los individuos estaba relacionado con cuán “automáticamente” (es decir, habitualmente) los participantes utilizaban las redes sociales, más que con la frecuencia.

Estas observaciones conductuales concuerdan con la literatura cualitativa reciente, que muestra cómo la naturaleza habitual de la participación en redes sociales supone una amenaza para la atención. Por ejemplo, en un estudio cualitativo australiano, un estudiante afirmó que “consultar las redes sociales es algo 100% automático. Me voy a la cama, me acuesto e inmediatamente enciendo mi móvil y empiezo a desplazarme, y antes de darme cuenta, como cuatro horas después, tomo conciencia”⁴². Esto refleja las experiencias más amplias de los jóvenes, que a menudo expresan su preocupación por el impacto de los teléfonos inteligentes en la capacidad de atención y concentración, lo que les lleva a tener problemas de distracción durante el tiempo no estructurado^{39,43}. En este sentido, a menudo se destaca el fenómeno de perderse en las redes sociales, donde los participantes entran en “trance” o “se desplazan sin pensar”⁴², lo que les lleva a perder la noción del tiempo^{39,42,84}.

Por otra parte, una literatura cualitativa emergente ha puesto de relieve que los resultados cognitivos del uso de internet dependen tanto del contexto específico como del individuo. Una consideración central es que los dispositivos digitales brindan a los niños un sinnúmero de oportunidades educativas^{26,38}. Por ejemplo, en un estudio canadiense en el que se exploraron las percepciones de los padres sobre el tiempo frente a la pantalla en los niños, uno de los participantes comentó: “No quiero decir que los iPads sean realmente geniales, pero mi hija aprende cosas con el iPad... hace rompecabezas y tiene un juego de memoria”²⁶.

Además de esto, mientras que la multitarea multimedia se ha presentado tradicionalmente como un comportamiento adverso para la cognición en niños y adultos⁸⁵, estudios cualitativos han revelado que la multitarea a través de internet, como escuchar pod-

casts mientras se viaja al trabajo o se realizan tareas domésticas, también puede tener efectos positivos^{44,84}, haciendo que los individuos se sientan “productivos”, expandiendo su mundo mientras se dedican físicamente a otras tareas⁸⁴. Curiosamente, la tensión entre las gratificaciones emocionales de la multitarea y sus posibles obstáculos para un procesamiento cognitivo más profundo también la experimentan los usuarios de la tecnología. Por ejemplo, en un estudio noruego⁴⁴, se recogieron los aspectos contextuales de cómo la lectura digital (y/o audiolibros) afecta al procesamiento del contenido textual, y varios participantes indicaron su preferencia por textos más ligeros cuando utilizaban pantallas digitales, frente a la preferencia por alternativas en papel cuando leían obras más profundas, ya que “la lectura seria necesita papel”⁴⁴.

Los juegos son otro ámbito del tiempo frente a la pantalla con percepciones encontradas entre padres y jóvenes. Mientras que los jugadores más intensos experimentan más problemas de comunicación y académicos en la escuela⁸⁶, tanto los padres como los jóvenes informan de los beneficios de niveles moderados, como el desarrollo de habilidades visuoespaciales y la mejora del funcionamiento cognitivo⁸⁷.

En conjunto, estos hallazgos de la investigación neurocientífica, conductual y cualitativa señalan que un posible método para atenuar los efectos cognitivos perjudiciales del uso de dispositivos digitales podría ser proporcionar a las personas nuevos medios para identificar conscientemente qué aspectos de su propio tiempo online tienen más probabilidades de interferir en sus tareas y objetivos. Esto podría permitir ofrecer una intervención más personalizada para abordar deliberadamente los propios hábitos que los protocolos generales de abstinencia, que no consiguen producir mejoras significativas en la cognición⁷⁹.

LOS EFECTOS OFFLINE DE UN MUNDO ONLINE: IMPLICACIONES PARA EL CUERPO Y EL CEREBRO

Otro posible factor determinante de los resultados cognitivos de la participación digital es el impacto que el tiempo pasado online puede tener en otros comportamientos “pro-cognitivos”, como la actividad física y el sueño. A pesar de las numerosas ventajas que ofrece internet, ha contribuido a un notable aumento del sedentarismo en la población⁸⁸, lo que a su vez podría afectar a la atención, la memoria y otros aspectos cognitivos⁸⁹. La evidencia empírica más sólida que respalda esta posibilidad, a veces denominada “hipótesis del desplazamiento”, procede de diversos metaanálisis y revisiones que han investigado específicamente la asociación entre conducta sedentaria y cognición⁹⁰⁻⁹³, o han examinado las relaciones entre múltiples factores del estilo de vida (incluida la conducta sedentaria) y los resultados cognitivos^{94,95}. Los hallazgos indican de forma consistente que niveles más altos de sedentarismo están relacionados con una función cognitiva reducida y mayor riesgo de disfunción cognitiva a lo largo de la vida⁹⁶.

Se ha informado que la prevalencia del deterioro cognitivo es la mitad entre los adultos que realizan suficiente actividad física en comparación con sus homólogos menos activos⁹⁷. Se ha observado que la práctica de actividad física en cualquier momento de la edad adulta, y en cualquier grado, se asocia a un mejor estado cognitivo en edades más avanzadas⁹⁸. Esta idea se ve corroborada por evidencia moderada-fuerte que indica que la actividad física tiene efectos positivos en el funcionamiento cognitivo tanto en etapas tempranas como tardías de la vida y en poblaciones específicas caracterizadas por déficits cognitivos⁹⁹.

El uso excesivo de internet mediante actividades sedentarias como la navegación online, la participación en redes sociales y los juegos, que podrían desplazar el tiempo de actividad física, puede representar una vía hacia los perjuicios cognitivos del uso de dispositivos digitales¹⁰⁰. En este sentido, es importante tener en cuenta que los distintos tipos de comportamiento sedentario pueden afectar de forma diferente a la cognición. En concreto, estudios recientes han indicado que el tiempo sedentario “mentalmente activo” (como leer un libro o incluso jugar a videojuegos) puede ser preferible al comportamiento sedentario “mentalmente pasivo” (como ver la televisión o vídeos online), y que el primero se asocia provisionalmente con mejores resultados cognitivos y menor riesgo de demencia⁹⁶.

En apoyo de esta idea, un reciente estudio del Biobanco del Reino Unido –que incluyó más de 1.000 pacientes con trastorno bipolar y casi 60.000 controles psiquiátricamente sanos– demostró que, en ambos grupos, una puntuación cognitiva global estaba inversamente asociada a un comportamiento sedentario mentalmente pasivo (ver la televisión) y positivamente asociada a un comportamiento sedentario mentalmente activo (uso del ordenador). Las disminuciones en la cognición relacionadas con la edad eran más evidentes en aquellos que tenían un comportamiento sedentario mentalmente menos activo¹⁰¹.

Otra vía a través de la cual el tiempo online puede afectar la cognición es a través del impacto potencial sobre el sueño¹⁰². La creciente tendencia de las personas, especialmente los jóvenes, a pasar más tiempo realizando actividades online a diario puede tener consecuencias sustanciales en sus hábitos de sueño, como la reducción de la duración del sueño, rutinas de sueño erráticas y alteración de la hora de inicio y cese del sueño¹⁰³⁻¹⁰⁶. Esto puede tener un impacto directo en el funcionamiento cognitivo, ya que la falta de sueño puede afectar a la atención, la memoria y las funciones ejecutivas¹⁰⁷. Además, las alteraciones del sueño causadas por un exceso de actividades online pueden provocar dificultades para concentrarse, aprender y recordar información¹⁰⁸. Apoyando esto, un estudio reciente ha demostrado que el uso de dispositivos digitales antes de acostarse en adolescentes se asocia con un tiempo de reacción más lento y menor capacidad de atención en tareas de rendimiento continuo, particularmente en horas de la mañana¹⁰⁹.

Otro motivo de preocupación ha sido la “luz azul”, que es la porción del espectro de luz visible emitida por las pantallas digitales que tiene un nivel de energía particularmente alto en comparación con otros colores^{110,111}. La exposición a esta luz, especialmente antes de acostarse, puede interferir con la producción de melatonina¹¹², alterando el ciclo sueño-vigilia y provocando un sueño fragmentado y menos reparador¹¹⁰, que a su vez puede tener un efecto negativo en el funcionamiento cognitivo¹¹³. En este contexto, la exposición a pantallas digitales durante el tiempo libre se ha relacionado con una menor calidad del sueño en adolescentes¹¹⁴. El “bloqueo azul”, que puede conseguirse por medios físicos (es decir, filtros de pantalla o gafas) o tecnológicos (aplicaciones para reducir la emisión de luz azul), puede representar una posible vía para atenuar los déficits de sueño inducidos por la pantalla¹¹⁵.

En general, cada vez hay más evidencia que sugiere una interconexión entre el sueño, las conductas sedentarias (incluido el uso de internet) y la actividad física, que es inseparable de su relación con la salud cognitiva a lo largo de la vida. Esto se refleja en recientes iniciativas para desarrollar “pautas de movimiento las 24 horas” que incluyen actividad física, tiempo de pantalla y duración del sueño durante todo el día. El cumplimiento de estas directrices se ha relacionado con una mayor cognición global¹¹⁶ y volúmenes totales de

materia gris cortical y subcortical en niños¹¹⁷, junto con una menor incidencia de dificultades cognitivas en adolescentes¹¹⁸. Además, en preescolares, la reasignación desde un comportamiento sedentario a una actividad física moderada-vigorosa se asoció positivamente con el control inhibitorio¹¹⁹. A pesar de los beneficios potenciales, el cumplimiento de las directrices sobre actividad física, sedentarismo y sueño es preocupantemente bajo en todo el mundo, especialmente en niños y adolescentes¹²⁰.

Desde la perspectiva de la epidemiología del uso del tiempo y del continuo de 24 horas, el aumento del tiempo en internet, como comportamiento sedentario, puede desplazar el tiempo disponible para otros comportamientos saludables (actividad física o dormir)¹²¹. Así pues, las consecuencias cognitivas adversas del uso de internet podrían atribuirse en parte a una cascada de consecuencias cognitivas derivadas de estos efectos físicos. Si esto es cierto, abordar conductas saludables en usuarios de internet podría representar un método factible y eficaz para mejorar la cognición, especialmente en adultos mayores sanos¹²². De hecho, un metaanálisis mostró evidencia de que los programas de estilo de vida basados en la web pueden influir positivamente en los resultados de la salud cerebral y, potencialmente, ofrecer un efecto protector frente al deterioro cognitivo relacionado con el envejecimiento¹²³.

Si bien es posible que tengamos un amigo en el enemigo para mejorar la cognición a través del uso de internet (especialmente para determinadas poblaciones, como los adultos mayores)¹⁰, parece razonable, desde una perspectiva de salud pública, recomendar que el uso de internet no contribuya significativamente a aumentar el tiempo de sedentarismo y no desplace el tiempo de actividad física ni la duración del sueño. Además, se deberían realizar más investigaciones para fundamentar las recomendaciones de políticas sobre el desplazamiento del uso mentalmente pasivo de internet por un uso mentalmente más activo, con el fin de atenuar potencialmente las desventajas cognitivas del aumento del tiempo sedentario en el que se incurre mientras se participa en el mundo online.

REVISANDO LOS RESULTADOS SOCIALES DE LAS “VIDAS ONLINE”

Aunque una de las principales preocupaciones en torno a la actividad online es que puede restar valor a las actividades sociales del mundo real¹²⁴ y conducir potencialmente al aislamiento social^{125,126}, también es cierto que muchas de las actividades online más utilizadas y que más tiempo consumen son en sí mismas “sociales”, aunque en un contexto online^{34,127}.

La difuminación de los límites entre las redes sociales y las experiencias de la vida real se considera actualmente parte integrante de la vida de muchas personas, en particular de los jóvenes. En la literatura cualitativa, se hace hincapié en la naturaleza social de la multi-pantalla, ya que las personas afirman que la ven junto a otras personas conectadas digitalmente^{28,36,43}. Los informes cualitativos también consideran que los juegos en vivo y las transmisiones personales en vivo son particularmente “sociales”, ya que permiten interactuar digitalmente con otros a través de memes y chats²⁹. Hallazgos cualitativos resaltar aún más los cambios en los patrones de comunicación y un cambio en las normas hacia la comunicación múltiple, en que las personas recurren con frecuencia a mensajes en los teléfonos inteligentes, incluso durante interacciones cara a cara entre sí²⁸.

Estudios recientes han demostrado que las redes sociales y los juegos online son algo más que un entretenimiento que consume

tiempo, y que sirven para algo más que para mantenerse en contacto con los amigos en ausencia de contacto en el mundo real. Más bien, la investigación demuestra cada vez más que estas actividades configuran activamente los propios procesos cognitivos sociales^{128,129}. Un ejemplo de ello es cómo la participación en plataformas de redes sociales requiere interpretar y responder a una amplia gama de señales y perspectivas emocionales, lo que potencialmente puede perfeccionar las habilidades de empatía cara a cara¹³⁰. Una encuesta longitudinal de adolescentes holandeses mostró que el uso de las redes sociales estaba relacionado con una mejora de la empatía cognitiva y afectiva¹³¹. Sin embargo, también se han observado aspectos negativos de las redes sociales en el comportamiento, ya que los participantes en la investigación informaron que las personas se comportan de forma diferente en estos medios, recurriendo a menudo al uso del teléfono como santuario protector en situaciones sociales difíciles cara a cara⁴¹.

También se exploran cada vez más las implicaciones psicológicas de la retroalimentación en las redes sociales. Los internautas parecen reconocer el reto que supone resistirse a la presión de “preocuparse demasiado” por la validación en las redes sociales, subrayando el impacto psicológico de la búsqueda de “likes” y comentarios en plataformas como Instagram y Facebook^{36,41}. Además, hallazgos recientes indican que los profesionales de la salud también identifican la función “like” en plataformas como Instagram como un importante motivador para el uso compulsivo⁴⁰, ya que estos simples indicadores de aprobación pueden satisfacer las necesidades sociales y de reconocimiento de los usuarios, actuando como una forma de refuerzo positivo.

Los aspectos sociales del uso de internet se destacan aún más en la investigación cualitativa como impulsores del comportamiento digital, en particular en lo que respecta al papel de las acciones, o incluso inacciones, online como señales sociales importantes^{36,41}. Los participantes describen cómo el hecho de no interactuar con las publicaciones de amigos en las redes sociales a través de “likes” y comentarios puede ser malinterpretado, lo que lleva a preocuparse por herir involuntariamente a alguien. Un joven de un foro noruego explicó: “Sí, las fotos eran bonitas, pero no siempre tienes que comentar cada una de ellas. Pero aun así, sientes que tienes que hacerlo, porque... de lo contrario puede ser como: “¡Oh, no ha comentado mi foto!”. Puede interpretarse negativamente”⁴¹. Los jóvenes consideran que las afirmaciones en las redes sociales son potencialmente perjudiciales para la salud emocional, en el sentido de que, si los participantes reciben una afirmación limitada de sus compañeros, puede dar lugar a emociones negativas³⁶. Sin embargo, la naturaleza de estas interacciones en redes sociales, a menudo desprovistas de señales no verbales, también puede dar lugar a malentendidos o a una comprensión superficial de estados emocionales complejos¹³². Por ello, es necesario seguir investigando para desentrañar estas relaciones entre la actividad en redes sociales y la cognición social.

A medida que las personas se inclinan cada vez más por recibir información (como noticias locales y globales, opiniones políticas y perspectivas sociológicas) a través de medios online¹³³⁻¹³⁵, también cabe destacar que es probable que las conexiones sociales que mantienen en redes sociales influyan en la información a la que están expuestas^{134,136}. Esto puede dar lugar a cámaras de eco social y a movimientos sociales online que trascienden al mundo real^{137,138}. Internet ofrece un espacio para la diversidad de puntos de vista, lo que puede mejorar la capacidad de toma de decisiones. Sin embargo, hay que tener cuidado con el hecho de que las cámaras de eco y las burbujas de filtros que prevalecen en los espacios

online también pueden conducir potencialmente a un pensamiento polarizado y a un deterioro del juicio social^{136,137,139}.

De todos modos, la medida en que la información procedente de fuentes online influye realmente en el juicio de los individuos sigue siendo objeto de debate, debido a la complejidad de cómo se propagan realmente los comportamientos en las redes sociales online¹⁴⁰, y a la capacidad de que las emociones relacionadas se propaguen también a través de las redes sociales¹⁴¹⁻¹⁴³. Ahora sería útil realizar más investigaciones que exploren los fundamentos de cómo se transmiten comportamientos complejos entre individuos en las redes del mundo real^{144,145}. Esto es específicamente interesante en lo que respecta a la toma de decisiones sociales.

Los juegos multijugador online parecen ofrecer una dinámica diferente a la actividad de las redes sociales en relación con la cognición social¹⁴⁶. Los juegos online suelen implicar la resolución colaborativa de problemas y el desarrollo de estrategias¹⁴⁷, lo que se ha sugerido que permite potencialmente mejorar las habilidades de toma de perspectiva y de toma de decisiones colectivas de los usuarios¹⁴⁶. Sin embargo, estos entornos también pueden fomentar comportamientos competitivos y, en ocasiones, agresivos¹⁴⁸, y algunas investigaciones recientes parecen indicar que esto puede impactar negativamente en la empatía y el comportamiento pro-social^{149,150}. Aunque esta área de investigación tiene actualmente mucha importancia¹⁴⁷, en una reciente revisión sistemática se encontró un número muy limitado de estudios que investigaran adecuadamente la cognición social (evaluada mediante tareas neuropsicológicas) en relación con el juego¹⁴⁶. Sin duda, se necesita más investigación empírica sobre este tema.

La relación entre las actividades sociales online y los procesos cognitivos es actualmente el foco de varias líneas de investigación, pero es importante reconocer que la actividad en el mundo real también puede moldear significativamente el funcionamiento y las habilidades sociales online^{141,145,151-153}. Esta interacción crea un “bucle de retroalimentación” multidimensional entre las actividades offline y los contextos sociales online. Por ejemplo, las personas con amplia experiencia en deportes o actividades al aire libre suelen demostrar una mayor conciencia espacial y planificación estratégica en entornos de juego online, trasladando sus habilidades del mundo real al mundo virtual. Además, investigaciones recientes en el campo de la neurociencia han revelado que las personas que crecieron en zonas complejas desde el punto de vista espacial también se desenvuelven mejor navegando por mundos virtuales¹⁵⁴.

Esta interacción puede aprovecharse intencionadamente. Por ejemplo, algunos jugadores profesionales de deportes electrónicos afirman utilizar regímenes de entrenamiento físico y mental, similares a los de atletas tradicionales, para mejorar su tiempo de reacción, resistencia y destreza general en el juego^{153,155}.

En general, estos ejemplos ilustran claramente la continua retroalimentación entre los mundos online y offline. Futuras investigaciones que profundicen en el alcance de estas interacciones en diversos ámbitos será crucial, sobre todo porque nuestras vidas online siguen entrelazándose y repercutiendo en nuestras realidades offline. Esta exploración será fundamental para comprender el espectro completo de cómo las experiencias digitales y físicas moldean el comportamiento y la cognición humanos.

EL ADVENIMIENTO DE LA “CULTURÓMICA”

La revolución digital en curso, con el creciente cambio social al uso de internet, está ofreciendo nuevas oportunidades para estudiar

los cambios en los intereses, opiniones y comportamientos de la población que se manifiestan en el mundo online. El vasto conjunto de datos digitales online, fácilmente disponible y en rápido crecimiento, contiene información valiosa sobre el comportamiento humano, ritmos diarios, atención, intereses, actitudes, normas y valores, con una alta resolución espacial y temporal. Estos representan temas de investigación clave del campo emergente de la “culturómica”, que se centra en el estudio de la cultura humana a través del análisis cuantitativo de grandes cantidades de datos digitales^{156,157}. La culturómica se utiliza cada vez más en una amplia variedad de disciplinas científicas, especialmente en el ámbito de las ciencias sociales y las humanidades¹⁵⁸.

Algunos de los materiales digitales comúnmente estudiados incluyen redes sociales, volúmenes de búsqueda de motores de búsqueda web como Google, páginas vistas de enciclopedias online como Wikipedia, plataformas para compartir imágenes y vídeos como Instagram y YouTube, y plataformas de noticias online, con métodos analíticos que van desde el procesamiento del lenguaje natural al aprendizaje automático¹⁵⁷. Estos enfoques se han utilizado para proporcionar información sobre diversas cuestiones relevantes para la salud mental.

Por ejemplo, en Finlandia se ha analizado la variación diurna de la búsqueda de información sanitaria relacionada con la depresión en internet¹⁵⁹. El estudio mostró que el interés por los términos relacionados con la depresión y la búsqueda de ayuda presentaban claros patrones diurnos, con un pico consistente durante la noche, entre las 23.00 y las 4.00 horas. En una línea similar, se utilizó un análisis de texto de millones de publicaciones de Twitter para evaluar los ritmos diurnos y estacionales del estado de ánimo y sus diferencias entre individuos (es decir, cronotipos), culturas y a través del mundo¹⁶⁰. Se encontró que los afectos positivos (como el entusiasmo, el deleite y el estado de alerta) y los afectos negativos (como la angustia, el miedo y la ira) tienden a variar de forma independiente. Los primeros alcanzan su punto máximo por la mañana, probablemente debido a los efectos positivos del sueño, así como cerca de la medianoche, mientras que los últimos alcanzan su punto máximo durante la noche. También se observó que los picos estacionales de depresión y ansiedad en las latitudes septentrionales se ven principalmente impulsados por la disminución de los afectos positivos, desencadenada por la menor duración del día.

Es importante señalar que el uso de datos digitales online en investigación se enfrenta a ciertas advertencias y desafíos, como la cobertura y el acceso desiguales a internet en todo el mundo, las barreras idiomáticas y las diferencias culturales, las restricciones a la hora de compartir datos, la disponibilidad y el deterioro temporal de los datos, los cuestionamientos de propiedad y protección de los datos personales¹⁶¹. No obstante, si se utilizan adecuadamente, estos enfoques prometen convertirse en herramientas importantes en el campo de las ciencias sociales, la psicología y la psiquiatría.

La culturómica también está empezando a aportar nuevos conocimientos sobre cómo afecta internet a nuestra atención a nivel social, más allá de los efectos cognitivos individuales. Tanto las interacciones sociales como el consumo de información online se caracterizan por la fugacidad de la atención, un patrón de disminución de la atención pública hacia determinados temas y productos culturales^{162,163}. La pérdida de la atención representa un proceso natural impulsado por diversos factores psicológicos y cognitivos, como la capacidad de atención limitada, la atención selectiva y la saturación y fatiga de la atención¹⁶²⁻¹⁶⁴. Genera ciclos periódicos de atención a los temas, que representan un proceso intrínseco y

predecible por el que el público gana y pierde interés en un tema concreto en el curso del tiempo^{163,165}.

El proceso de pérdida de la atención se ha ido intensificando con la hiperproducción, difusión y consumo de información y contenidos online, que cada vez compiten más, saturan, sobrecargan y agotan los lapsos de atención cognitivamente limitados. Por ejemplo, al modelar datos de diversas plataformas online, como libros y revistas digitalizados (Google Books), ventas de entradas de cine (Box Office Mojo), volúmenes de búsqueda en internet (Google Trends), redes sociales (Twitter), foros (Reddit) y enciclopedias (Wikipedia), abarcando periodos de 6 a 100 años, se observó un aumento y una disminución cada vez más pronunciados de la atención pública relacionada con un tema concreto en el curso del tiempo¹⁶², con una frecuencia creciente de cambios de atención entre temas. Un estudio similar sobre la atención pública hacia diferentes cuestiones medioambientales, basado en los volúmenes de búsqueda en internet, indicó un estrechamiento de los periodos de atención pública, con una vida media de la atención limitada a unos pocos días o semanas¹⁶³. Este ámbito de investigación puede ser relevante para la salud mental, particularmente en lo que respecta a la difusión de información sobre problemas de salud mental y las campañas contra la estigmatización.

EL FUTURO DE LA SALUD MENTAL EN EL METAVERSO

A medida que el progreso tecnológico continúa penetrando en nuestras tareas cotidianas y nuestra vida social, la integración de la realidad virtual (es decir, la sustitución de un entorno de la vida real por otro simulado), la realidad aumentada (es decir, la adición de elementos digitales a un entorno de la vida real) y las tecnologías de inteligencia artificial en plataformas online están llamadas a revolucionar nuestra comprensión y práctica de la interacción social¹⁶⁶⁻¹⁶⁸.

Las tecnologías de realidad virtual y aumentada prometen una nueva frontera en la forma en que interactuamos y nos relacionamos unos con otros, al ofrecer experiencias inmersivas que simulan fielmente la interacción en el mundo real^{166,167,169,170}. De hecho, estudios recientes están demostrando que estas tecnologías tienen el potencial de mejorar significativamente la comprensión social y la empatía, ya que pueden crear entornos en los que los individuos pueden experimentar y navegar por escenarios sociales complejos de una manera controlada, pero realista^{166,169,170}.

Este enfoque inmersivo ofrece una plataforma única para entrenar y mejorar las habilidades sociales, permitiendo a los individuos practicar y desarrollar la empatía y la comprensión social en diversos entornos. No obstante, también tiene el potencial de distraer a los usuarios de las interacciones sociales en el mundo real y de los beneficios que pueden aportar, determinando una influencia aún mayor del mundo online en las relaciones y procesos sociales de los individuos en contextos preocupantes (en particular, a través de una posible adicción a estas tecnologías, que actualmente sigue sin evaluarse)¹⁷⁰⁻¹⁷².

La idea de sumergir aún más nuestras interacciones sociales y nuestra vida cotidiana en el mundo online a través de la realidad virtual ha recibido un interés y una inversión considerables, a través del concepto de “metaverso”. El metaverso puede describirse como un espacio virtual expansivo, generado y al que se accede mediante una combinación de tecnologías de realidad virtual y aumentada, que existe continuamente en internet y persiste independientemente de la participación del usuario^{172,173}. El metaverso también ofrece

un alto grado de interactividad, tanto en términos de interacciones usuario-entorno como de conexiones usuario-usuario.

Entre las características más destacadas del metaverso se encuentran una economía digital plenamente funcional, que permite la creación, compra y venta de bienes virtuales (incluidos los destinados a ser utilizados por los seres virtuales de los individuos, o “avatares”), y contenido significativo generado por el usuario, donde los usuarios tienen la capacidad de crear y modificar elementos del propio espacio del metaverso. Para todo ello, la interoperabilidad es un objetivo clave, de modo que el metaverso podría eventualmente respaldar el intercambio de activos, datos y avatares entre varias plataformas y proveedores.

A partir de ahora, el metaverso plenamente funcional e integrado sigue siendo un concepto al que se aspira, y las manifestaciones actuales son accesibles principalmente a través de plataformas individuales de realidad virtual y aumentada. Aunque en estas plataformas ya existen mundos virtuales persistentes que presentan ciertas características del metaverso, aún no están interconectados ni lo abarcan todo.

Las implicaciones del metaverso se extienden más allá del entretenimiento y los juegos, siendo relevantes para diversos campos, como las finanzas, la educación, el desarrollo profesional y las redes sociales. En el campo de la salud mental, el metaverso ofrece vías innovadoras para la interacción con el paciente, la recopilación de datos y la simulación de entornos sociales complejos, abriendo así nuevas fronteras para la investigación y las intervenciones clínicas e incluso comunitarias^{172,173}. Sin embargo, el impacto del metaverso en la salud mental no está claro por el momento y, de hecho, su futuro es actualmente incierto.

A pesar de los ambiciosos esfuerzos hacia la adopción de metaversos demostrados a través del cambio de marca de Facebook a Meta, el paso de su plataforma de redes sociales hacia un mundo virtual inmersivo aún no ha sido adoptado por los usuarios. Del mismo modo, la adopción de Decentraland –uno de los productos metaverso mejor financiados, con una valoración de más de 1.000 millones de dólares de EE.UU.– sigue siendo notablemente baja. Las investigaciones preliminares indican que solo tiene 38 usuarios diarios¹⁷⁴ y que solo el 9% de los mundos creados por los usuarios en el metaverso son visitados por más de 50 personas únicas¹⁷⁵. No obstante, solo se trata de ejemplos aislados y tempranos de este tipo de ofertas, y es probable que estos espacios virtuales se expandan, mejoren y se interconecten tras los problemas iniciales de crecimiento.

Existe una literatura en expansión sobre el potencial del metaverso en medicina, incluido el campo de la salud mental. La especulación y la esperanza quedan bien plasmadas en el término “MEDverso”, conceptualizado como la entrada del metaverso en un contexto médico¹⁷³, o el MeTAI, un metaverso de tecnología médica e inteligencia artificial¹⁷⁶. Se ha argumentado que el metaverso, y las plataformas de realidad virtual relacionadas, pueden ofrecer una exposición personalizada a situaciones específicas (sociales o ambientales) que pueden utilizarse para administrar la próxima generación de terapias de exposición. Se han propuesto terapias de este tipo para los trastornos del estado de ánimo, ansiedad y fobias, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno por estrés postraumático (TEPT) y esquizofrenia^{172,173,176,177}.

Este enfoque puede adoptar la forma de “terapia avatar”, que implica una realidad virtual inmersiva en la que los pacientes pueden interactuar con avatares digitales que representan diversos aspectos de su propia personalidad y/u otras entidades. Por

ejemplo, en el tratamiento de los trastornos de ansiedad o TEPT, los pacientes pueden practicar la interacción con avatares en situaciones sociales controladas, o exponer gradualmente a sus propios avatares a escenarios que les provoquen miedo en un entorno virtual seguro^{170,172,177}. La terapia avatar también puede utilizarse para fomentar la autocompasión, mediante la interacción de los pacientes con avatares de sí mismos en diversos estados, lo que ayuda a desarrollar una autoperspectiva más amable, como se demostró en un reciente estudio piloto en el que 15 pacientes practicaron ofrecer y recibir compasión de sí mismos en un cuerpo virtual¹⁷⁸. Una de las principales ventajas de este tipo de intervenciones es la naturaleza controlada de las interacciones y los entornos virtuales, que proporciona una herramienta terapéutica personalizable única que puede ajustarse a las necesidades específicas, personalidad y evolución del paciente¹⁷².

Entre las complejidades de la terapia avatar se incluye el “efecto Proteus”, actualmente poco comprendido, por el que los comportamientos y actitudes de los individuos parecen ajustarse a las características de su avatar^{179,180}. Los metaanálisis han demostrado consistentemente un efecto pequeño-medio en los comportamientos y actitudes como consecuencia de este fenómeno¹⁷⁹. Aunque esto puede aprovecharse intencionadamente para facilitar resultados positivos (es decir, mediante la construcción de avatares con características que se alineen con objetivos terapéuticos), sigue existiendo el riesgo de que el efecto Proteus genere inadvertidamente resultados adversos de formas inesperadas. Por ejemplo, una terapia avatar para la ansiedad social podría comenzar con la inmersión de los pacientes en un entorno social concurrido, pero sin interacciones sociales directas o desafiantes con otros avatares en el espacio. Aunque esto puede servir como terapia de exposición para la ansiedad social, la falta de interacciones significativas con otros personajes podría hacer que el paciente se sintiera ignorado o pasado por alto, reforzando sentimientos de insignificancia o inadecuación que se trasladan a otras situaciones sociales.

Investigaciones más recientes han demostrado que el efecto Proteus también parece traducirse a través de diferentes contextos digitales, con un estudio transversal de 345 deportistas de deportes electrónicos que reveló que su personalidad digital en el mundo de los deportes electrónicos influyó en la naturaleza de sus interacciones con un sistema digital de atención sanitaria¹⁸⁰. Es necesario seguir investigando para establecer cómo las actitudes y comportamientos dentro de los mundos virtuales se extienden a entornos de la vida real, y un conocimiento profundo de las interacciones humanas con las características de los avatares sería crucial en el diseño de intervenciones de atención a la salud mental, para garantizar que el efecto Proteus apoye los objetivos terapéuticos en lugar de obstaculizarlos.

Al igual que otras tecnologías emergentes, el potencial clínico del metaverso se verá afectado por su enfoque de la privacidad del usuario, la moderación activa (seguridad) y la transparencia¹⁷⁷. Estas preocupaciones ya han limitado el potencial de las redes sociales para la salud mental, incluso cuando los esfuerzos y las intenciones eran bienintencionados, como en el caso de la prevención del suicidio¹⁸¹. Además, como ocurre con otras plataformas digitales, se ha planteado la preocupación de que el tiempo invertido en el metaverso pueda tener un impacto negativo en la salud mental¹⁸². En un estudio cualitativo realizado en el Reino Unido⁸⁷, por ejemplo, los padres mostraron su preocupación por el hecho de que sus hijos utilizaran la realidad virtual para entrar en contacto con extraños o con violencia, o que pudiera aislarlos socialmente. Los padres indicaron que seguirían prefiriendo el compromiso y el ejercicio

en el mundo real. En palabras de un padre “*Yo la vería (la realidad virtual) como inferior a la actividad física en el mundo real*”.

El papel de la inteligencia artificial en la configuración de la cognición social puede ser igualmente transformador¹⁸³. Su capacidad para analizar grandes cantidades de datos puede proporcionar una visión profunda del comportamiento humano y las interacciones sociales y conducir a experiencias sociales online más personalizadas y efectivas, aumentando la influencia sobre las habilidades cognitivas sociales^{183,184}. Los avances recientes, en particular con el desarrollo de modelos de lenguaje de gran tamaño y sofisticados, han ampliado significativamente el alcance y capacidades de los agentes relacionales (es decir, artefactos informáticos diseñados para construir y mantener relaciones socioemocionales con sus usuarios).

Aunque hace tiempo que se reconoce el potencial de los agentes relacionales para moldear la actividad social humana¹⁸⁵, solo recientemente se ha tomado conciencia de hasta qué punto los modernos sistemas de inteligencia artificial pueden ofrecer interacciones persona-ordenador más matizadas y adaptativas, transformando la forma en que nos relacionamos con las dinámicas sociales y las comprendemos¹⁸³. Estos agentes relacionales avanzados pueden ahora comprender y responder a una amplia gama de emociones y contextos humanos, proporcionando interacciones más personalizadas, empáticas y contextualmente relevantes^{183,186}.

La sofisticación de estos modelos reside en su capacidad para analizar y procesar grandes cantidades de datos lingüísticos, lo que les permite imitar la conversación humana con notable precisión¹⁸⁷. Esto permite un nivel de compromiso más profundo y una comprensión más significativa de las señales y normas sociales. Ya sea ofreciendo apoyo en aplicaciones de salud mental, ayudando en el aprendizaje y el desarrollo, o simplemente proporcionando compañía, estos agentes relacionales son cada vez más capaces de abordar diversas necesidades y preferencias individuales¹⁸⁸⁻¹⁹⁰.

En esencia, la evolución de la inteligencia artificial no solo ha hecho que estas interacciones humano-ordenador sean más atractivas y realistas, sino que también ha allanado el camino para un futuro en el que la tecnología pueda integrarse perfectamente en el tejido social, mejorando nuestra capacidad para interactuar y entendernos en un mundo conectado digitalmente. Sin embargo, persisten los problemas de sesgo de estos modelos y la preocupación por la estigmatización. Es fundamental adoptar un enfoque proactivo para crear grandes modelos lingüísticos y programas de inteligencia artificial que promuevan los ideales de atención versus la promulgación de los prejuicios actuales, sobre todo porque la generación actual de programas se ha formado leyendo internet y los sitios web de redes sociales. Es triste, pero no sorprendente, que el estigma en torno a la esquizofrenia ya aparezca en las imágenes de esta enfermedad generadas por inteligencia artificial¹⁹¹.

Investigación cualitativa emergente tanto con pacientes como con médicos destaca que no existe un consenso actual en las opiniones de la gente sobre la inteligencia artificial, y las percepciones van de muy positivas a totalmente negativas¹⁹². Por ejemplo, los médicos han reflexionado sobre el potencial de la inteligencia artificial para reducir su carga de trabajo y la carga general del sistema sanitario (“*Pero aliviará drásticamente nuestra carga de trabajo, ¿no? Teniendo en cuenta que actualmente hay escasez de personal y aumento de la carga de trabajo, sería una solución muy buena*”), mientras que los pacientes subrayan que los seres humanos siguen siendo fundamentales para los aspectos relacionales de las interacciones asistenciales (“*Creo que los seres humanos pueden expresar emociones, empatía, ayudar y dar esperanza de un mejor mañana mejor que cualquier máquina*”)¹⁹².

La combinación de la realidad virtual/aumentada con la inteligencia artificial abre nuevas vías para la formación y la terapia social^{166-170,189}. Por ejemplo, en entornos terapéuticos, la realidad virtual puede crear situaciones sociales seguras y controladas^{190,193,194}, en las que la analítica basada en inteligencia artificial puede ofrecer retroalimentación y personalización en tiempo real, mejorando la eficacia de las intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades sociales en individuos con disfunciones cognitivas sociales^{194,195}.

Esta intersección de tecnología y cognición social podría no solo enriquecer nuestras interacciones online, sino también proporcionar herramientas valiosas para abordar y mejorar el funcionamiento social en individuos con diversas necesidades. A medida que sigamos integrando estas tecnologías en nuestras vidas, su potencial para mejorar nuestra comprensión e interacciones sociales puede crecer exponencialmente, convirtiéndolas en herramientas esenciales tanto para el desarrollo personal como para la práctica clínica. En este sentido, el futuro de la cognición social parece no solo tecnológicamente avanzado, sino también más empático e inclusivo. Sin embargo, las preocupaciones actuales en torno a la actividad social online también se magnifican en la misma medida que los beneficios^{171,181,186,192}.

CONCLUSIONES

La evidencia y los conocimientos obtenidos a partir de esta revisión pueden hacer avanzar considerablemente nuestra comprensión del impacto de internet en nuestra salud mental, cognición y socialidad, yendo más allá de las tendencias generales y focos dicotómicos del “cerebro online” para investigar más a fondo cómo las especificidades de las “vidas online” de los individuos determinan los resultados de las interacciones internet-cerebro. Mediante la síntesis de los estudios cuantitativos y cualitativos más novedosos de la investigación neurocientífica, conductual y sociológica sobre este tema, ofrecemos una perspectiva renovada sobre cómo la interacción digital influye en los estados mentales, tanto a diario como momentáneamente, y a lo largo del curso de la vida. En general, los últimos hallazgos subrayan la complejidad de las interacciones cerebro-internet, y cómo los resultados dependen de una multitud de factores sociodemográficos, psicológicos y de comportamiento, documentando de manera crucial que el uso de internet no es una experiencia singular, sino que varía en función de las características y contextos individuales.

En este sentido, las preguntas o intervenciones de investigación tradicionales, que abordan internet (y sus diversos usos) como “bueno” o “malo”, se modifican para detallar el potencial de los impactos psicológicos y cognitivos positivos y negativos simultáneos de la mayoría de actividades online. En consecuencia, se anima a que en la investigación futura se adopte un enfoque más detallado para examinar cómo influyen los aspectos específicos de la vida online de las personas en su salud mental, autopercepción, cognición, estilo de vida y socialidad, considerando las innumerables formas en que el uso de internet se entrelaza en el tejido de la vida cotidiana.

Paralelamente, el campo emergente de la culturómica proporciona los medios para utilizar internet (y los datos asociados) con el fin de obtener una comprensión más dinámica de los cambios sociales en los hábitos, actitudes, habilidades e incluso interacciones con el mundo offline. Además, está surgiendo claramente el potencial de tecnologías como la realidad virtual, la realidad aumentada y la inteligencia artificial para transformar aún más las formas en que interactuamos (online y offline), al tiempo que debe tenerse constan-

temente en cuenta la necesidad de una evaluación rigurosa y continua de los posibles impactos neuropsicosociales de las nuevas tecnologías, con el fin de informar la próxima era de compromiso digital.

En general, los hallazgos de esta revisión nos acercan a una comprensión matizada e individualizada de la influencia de internet en el funcionamiento psicológico, cognitivo y social. Sobre esta base, abogamos porque las futuras investigaciones, directrices e iniciativas tengan en cuenta los resultados interdisciplinarios de la investigación neurocientífica, conductual y social, con el fin de adoptar un enfoque multidimensional basado en la evidencia para abordar los beneficios e inconvenientes de nuestras interacciones con el mundo online.

BIBLIOGRAFÍA

1. Firth J, Torous J, Stubbs B et al. The “online brain”: how the Internet may be changing our cognition. *World Psychiatry* 2019;18:119-29.
2. Anderson M, Faverio M, Gottfried J. Teens, social media and technology 2023. www.pewresearch.org.
3. Pandya A, Lodha P. Social connectedness, excessive screen time during COVID-19 and mental health: a review of current evidence. *Front Hum Dyn* 2021;3:45.
4. Kemp S. Digital 2023 deep-dive: online audio captures more of our attention. <https://datareportal.com>.
5. Kemp S. Digital 2023 deep-dive: how much time do we spend on social media? <https://datareportal.com>.
6. Yeh O. TikTok surpasses one billion installs on the app store and Google play. <https://sensortower.com>.
7. British Broadcasting Corporation (BBC). Irish university to offer degree in influencing. www.bbc.co.uk.
8. Royal College of Paediatrics and Child Health. The health impacts of screen time – a guide for clinicians and parents. www.rcpch.ac.uk.
9. Ritel M. The Surgeon General’s new mission: adolescent mental health. *New York Times*, March 21, 2023.
10. Stempel J, Bartz D, Raymond N. Meta’s Instagram linked to depression, anxiety, insomnia in kids – US states’ lawsuit. www.reuters.com.
11. Harris M. How social media is changing the way we think about mental illness. www.nami.org.
12. Odgers CL, Jensen MR. Annual research review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2020;61:336-48.
13. Vuorre M, Orben A, Przybylski AK. There is no evidence that associations between adolescents’ digital technology engagement and mental health problems have increased. *Clin Psychol Sci* 2021;9:823-35.
14. Przybylski AK, Orben A, Weinstein N. How much is too much? Examining the relationship between digital screen engagement and psychosocial functioning in a confirmatory cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59:1080-8.
15. Plackett R, Blyth A, Schartau P. The impact of social media use interventions on mental well-being: systematic review. *J Med Internet Res* 2023;25:e44922.
16. Lambert J, Barnstable G, Minter E et al. Taking a one-week break from social media improves well-being, depression, and anxiety: a randomized controlled trial. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2022;25:287-93.
17. Przybylski AK, Nguyen TT, Law W et al. Does taking a short break from social media have a positive effect on well-being? Evidence from three preregistered field experiments. *J Technol Behav Sci* 2021;6:507-14.
18. Vally Z, D’Souza CG. Abstinence from social media use, subjective well-being, stress, and loneliness. *Perspect Psychiatr Care* 2019;55:752-9.
19. Mitev K, Weinstein N, Karabeliova S et al. Social media use only helps, and does not harm, daily interactions and well-being. *Technology, Mind, and Behavior* 2021;2:1.
20. Orben A, Przybylski AK, Blakemore S-J et al. Windows of developmental sensitivity to social media. *Nat Commun* 2022;13:1649.
21. El Asam A, Katz A. Vulnerable young people and their experience of online risks. *Hum Comput Interact* 2018;33:281-304.
22. Idelji-Tehrani S, Dubicka B, Graham R. The clinical implications of digital technology. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2023;28:338-53.
23. Smith T. An exploratory analysis of the relationship of problematic Facebook use with loneliness and self-esteem: the mediating roles of extraversion and self-presentation. *Curr Psychol* 2022; doi: 10.1007/s12144-022-03505-0.

24. Sampogna G, Di Vincenzo M, Luciano M et al. The effect of social media and infodemic on mental health during the COVID-19 pandemic: results from the COMET multicentric trial. *Front Psychiatry* 2023;14:1226414.
25. Sanders T, Noetel M, Parker P et al. An umbrella review of the benefits and risks associated with youths' interactions with electronic screens. *Nat Hum Behav* 2024;8:82-99.
26. Carson V, Clark M, Berry T et al. A qualitative examination of the perceptions of parents on the Canadian Sedentary Behaviour Guidelines for the early years. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2014;11:1-8.
27. Arundell L, Gould L, Ridgers ND et al. "Everything kind of revolves around technology": a qualitative exploration of families' screen use experiences, and intervention suggestions. *BMC Public Health* 2022;22:1-11.
28. Toh SH, Howie EK, Coenen P et al. "From the moment I wake up I will use it... every day, every hour": a qualitative study on the patterns of adolescents' mobile touch screen device use from adolescent and parent perspectives. *BMC Pediatr* 2019;19:1-16.
29. Yang Z, Griffiths MD, Yan Z et al. Can watching online videos be addictive? A qualitative exploration of online video watching among Chinese young adults. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:7247.
30. Rodway C, Tham S-G, Richards N et al. Online harms? Suicide-related online experience: a UK-wide case series study of young people who die by suicide. *Psychol Med* 2023;53:4434-45.
31. Kuss DJ, Griffiths MD. Internet and gaming addiction: a systematic literature review of neuroimaging studies. *Brain Sci* 2012;2:347-74.
32. Love T, Laier C, Brand M et al. Neuroscience of internet pornography addiction: a review and update. *Behav Sci* 2015;5:388-433.
33. Kirezli O, Aydin AE. Understanding social media addiction through personal, social, and situational factors. In: Wamuyu PK (ed). *Analyzing global social media consumption*. Hershey: IGI Global, 2021:155-82.
34. Cheng C, Lau Y-C, Chan L et al. Prevalence of social media addiction across 32 nations: meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes and cultural values. *Addict Behav* 2021;117:106845.
35. Hinkley T, McCann JR. Mothers' and father's perceptions of the risks and benefits of screen time and physical activity during early childhood: a qualitative study. *BMC Public Health* 2018;18:1-8.
36. Thomas G, Bennie JA, De Cocker K et al. Exploring contemporary screen time in Australian adolescents: a qualitative study. *Health Promot J Austr* 2021;32:238-47.
37. Sini AO. High screen time – A trigger for social communication disorder in toddlers? Qualitative study. *Saarth* 2022;2395-339X.
38. Buabbas A, Hasan H, Shehab AA. Parents' attitudes toward school students' overuse of smartphones and its detrimental health impacts: qualitative study. *JMIR Pediatr Parent* 2021;4:e24196.
39. Rast R, Coleman JT, Simmers CS. The darkside of the like: the effects of social media addiction on digital and in-person communication. *J Soc Media Soc* 2021;10:175-201.
40. Bucyte S. Habit or addiction? A qualitative exploration of Instagram and addictive design characteristics. Bachelor Thesis, Aalto University, Espoo, 2023.
41. Hjetland GJ, Schønning V, Hella RT et al. How do Norwegian adolescents experience the role of social media in relation to mental health and well-being: a qualitative study. *BMC Psychol* 2021;9:78.
42. Arness DC, Ollis T. A mixed-methods study of problematic social media use, attention dysregulation, and social media use motives. *Curr Psychol* 2023;42:24379-98.
43. Allaby M, Shannon CS. "I just want to keep in touch": adolescents' experiences with leisure-related smartphone use. *J Leis Res* 2020;51:245-63.
44. Spjeldnæs K, Karlsen F. How digital devices transform literary reading: the impact of e-books, audiobooks and online life on reading habits. *New Media & Society* 2022; doi: 10.1177/14614448221126168.
45. Harness J, Domoff SE, Rollings H. Social media use and youth mental health: intervention-focused future directions. *Curr Psychiatry Rep* 2023;25:865-71.
46. Valkenburg PM, van Driel II, Beyens I. The associations of active and passive social media use with well-being: a critical scoping review. *New Media & Society* 2022;24:530-49.
47. Steinsbekk S, Nesi J, Wichstrøm L. Social media behaviors and symptoms of anxiety and depression. A four-wave cohort study from age 10-16 years. *Comput Hum Behav* 2023;147:107859.
48. George MJ, Jensen MR, Russell MA et al. Young adolescents' digital technology use, perceived impairments, and well-being in a representative sample. *J Pediatr* 2020;219:180-7.
49. Nominet Social Impact. Digital youth index report 2021. www.nominet.uk.
50. Hoffman CA, Bond BJ. Parasocial relationships, social media, & well-being. *Curr Opin Psychol* 2022;45:101306.
51. Orsolini L, Volpe U, Albert U et al. Use of social network as a coping strategy for depression among young people during the COVID-19 lockdown: findings from the COMET collaborative study. *Ann Gen Psychiatry* 2022;21:1-12.
52. Metherell TE, Ghai S, McCormick EM et al. Digital access constraints predict worse mental health among adolescents during COVID-19. *Sci Rep* 2022;12:19088.
53. Gupta M, Sharma A. Fear of missing out: a brief overview of origin, theoretical underpinnings and relationship with mental health. *World J Clin Cases* 2021;9:4881.
54. Brown L, Kuss DJ. Fear of missing out, mental wellbeing, and social connectedness: a seven-day social media abstinence trial. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:4566.
55. Hunt MG, Marx R, Lipson C et al. No more FOMO: limiting social media decreases loneliness and depression. *J Soc Clin Psychol* 2018;37:751-68.
56. Jan M, Soomro S, Ahmad N. Impact of social media on self-esteem. *Eur Sci J* 2017;13:329-41.
57. Irmer A, Schmiedek F. Associations between youth's daily social media use and well-being are mediated by upward comparisons. *Commun Psychol* 2023;12:1.
58. Valkenburg P, Beyens I, Pouwels JL et al. Social media use and adolescents' self-esteem: heading for a person-specific media effects paradigm. *J Commun* 2021;71:56-78.
59. Vandenbosch L, Fardouly J, Tiggemann M. Social media and body image: recent trends and future directions. *Curr Opin Psychol* 2022;45:101289.
60. Gibbs N, Piatkowski T. The liver king lie: misrepresentation, justification, and public health implications. *Int J Drug Policy* 2023;114:103979.
61. Fardouly J, Vartanian LR. Social media and body image concerns: current research and future directions. *Curr Opin Psychol* 2016;9:1-5.
62. Rodgers RF, Lowy AS, Halperin DM et al. A meta-analysis examining the influence of pro-eating disorder websites on body image and eating pathology. *Eur Eat Disord Rev* 2016;24:3-8.
63. Saiphoo AN, Vahedi Z. A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Comput Hum Behav* 2019;101:259-75.
64. de Valle MK, Gallego-Garcia M, Williamson P et al. Social media, body image, and the question of causation: meta-analyses of experimental and longitudinal evidence. *Body Image* 2021;39:276-92.
65. Jung J, Barron D, Lee Y-A et al. Social media usage and body image: examining the mediating roles of internalization of appearance ideals and social comparisons in young women. *Comput Hum Behav* 2022;135:107357.
66. Pedalino F, Camerini A-L. Instagram use and body dissatisfaction: the mediating role of upward social comparison with peers and influencers among young females. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:1543.
67. Drtilová H, Šmahel D, Šmahelová M. Advantages and disadvantages of internet use: the perspective of women with eating disorders experience. *Health Comm* 2022;37:791-801.
68. Murray SB, Alba C, Duval CJ et al. Aberrant functional connectivity between reward and inhibitory control networks in pre-adolescent binge eating disorder. *Psychol Med* 2023;53:3869-78.
69. Schaumberg K, Brosos LC, Lloyd EC et al. Prospective associations between childhood neuropsychological profiles and adolescent eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2020;28:156-69.
70. Lewin KM, Kaur A, Meshi D. Problematic social media use and impulsivity. *Curr Addict Rep* 2023;10:1-10.
71. He Q, Turel O, Bechara A. Brain anatomy alterations associated with Social Networking Site (SNS) addiction. *Sci Rep* 2017;7:45064.
72. Peng-Li D, Sørensen TA, Li Y et al. Systematically lower structural brain connectivity in individuals with elevated food addiction symptoms. *Appetite* 2020;155:104850.
73. Stott N, Fox JR, Williams MO. Attentional bias in eating disorders: a meta-review. *Int J Eat Disord* 2021;54:1377-99.
74. Kerr-Gaffney J, Harrison A, Tchanturia K. Eye-tracking research in eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord* 2019;52:3-27.
75. Aspen V, Darcy AM, Lock J. A review of attention biases in women with eating disorders. *Cogn Emot* 2013;27:820-38.
76. Schmitz F, Naumann E, Trentowska M et al. Attentional bias for food cues in binge eating disorder. *Appetite* 2014;80:70-80.
77. Seekis V, Lawrence RK. How exposure to body neutrality content on TikTok affects young women's body image and mood. *Body Image* 2023;47:101629.
78. Tamana SK, Ezeugwu V, Chikuma J et al. Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: results from the CHILD birth cohort study. *PLoS One* 2019;14:e0213995.
79. van Wezel MM, Abrahamse EL, Abeeel MMV. Does a 7-day restriction on the use of social media improve cognitive functioning and emotional well-being? Results from a randomized controlled trial. *Addict Behav Rep* 2021;14:100365.

80. Miller J, Mills KL, Vuorre M et al. Impact of digital screen media activity on functional brain organization in late childhood: evidence from the ABCD study. *Cortex* 2023;169:290-308.
81. Paulus MP, Squeglia LM, Bagot K et al. Screen media activity and brain structure in youth: evidence for diverse structural correlation networks from the ABCD study. *Neuroimage* 2019;185:140-53.
82. Aalbers G, van den Abeele MM, Hendrickson AT et al. Caught in the moment: are there person-specific associations between momentary procrastination and passively measured smartphone use? *Mob Media Commun* 2022;10:115-35.
83. Meier A, Beyens I, Siebers T et al. Habitual social media and smartphone use are linked to task delay for some, but not all, adolescents. *J Comput-Mediat Comm* 2023;28:zmad008.
84. Perks LG, Turner JS. Podcasts and productivity: a qualitative uses and gratifications study. *Mass Commun Soc* 2019;22:96-116.
85. Firth JA, Torous J, Firth J. Exploring the impact of internet use on memory and attention processes. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:9481.
86. Yilmaz E, Yel S, Griffiths MD. The impact of heavy (excessive) video gaming students on peers and teachers in the school environment: a qualitative study. *Addicta* 2018;5:147-61.
87. McMichael L, Farič N, Newby K et al. Parents of adolescents perspectives of physical activity, gaming and virtual reality: qualitative study. *JMIR Serious Games* 2020;8:e14920.
88. Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – terminology consensus project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017;14:1-17.
89. Wheeler MJ, Dempsey PC, Grace MS et al. Sedentary behavior as a risk factor for cognitive decline? A focus on the influence of glycemic control in brain health. *Alzheimers Dement* 2017;3:291-300.
90. Yan S, Fu W, Wang C et al. Association between sedentary behavior and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry* 2020; 10:112.
91. Maasackers CM, Weijs RW, Dekkers C et al. Sedentary behaviour and brain health in middle-aged and older adults: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;140:104802.
92. Olanrewaju O, Stockwell S, Stubbs B et al. Sedentary behaviours, cognitive function, and possible mechanisms in older adults: a systematic review. *Aging Clin Exp Res* 2020;32:969-84.
93. Falck RS, Davis JC, Liu-Ambrose T. What is the association between sedentary behaviour and cognitive function? A systematic review. *Br J Sports Med* 2017;51:800-11.
94. Miskoff JA, Chaudhri M, Miskoff B. Does playing video games before bed-time affect sleep? *Cureus* 2019;11:e4977.
95. Owen N, Healy GN, Matthews CE et al. Too much sitting: the population-health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev* 2010;38:105.
96. Collins AM, Molina-Hidalgo C, Aghjayan SL et al. Differentiating the influence of sedentary behavior and physical activity on brain health in late adulthood. *Exp Gerontol* 2023;180:112246.
97. Omura JD, Brown DR, McGuire LC et al. Cross-sectional association between physical activity level and subjective cognitive decline among US adults aged ≥45 years, 2015. *Prev Med* 2020;141:106279.
98. James S-N, Chiou Y-J, Fatih N et al. Timing of physical activity across adulthood on later-life cognition: 30 years follow-up in the 1946 British birth cohort. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2023;94:349-56.
99. Erickson KI, Hillman K, Stillman CM et al. Physical activity, cognition, and brain outcomes: a review of the 2018 Physical Activity Guidelines. *Med Sci Sports Exerc* 2019;51:1242.
100. Woessner MN, Tacey A, Levinger-Limor A et al. The evolution of technology and physical inactivity: the good, the bad, and the way forward. *Front Public Health* 2021;9:655491.
101. Ringin E, Dunstan DW, McIntyre RS et al. Differential associations of mentally-active and passive sedentary behaviours and physical activity with putative cognitive decline in healthy individuals and those with bipolar disorder: findings from the UK Biobank cohort. *Ment Health Phys Act* 2023;24:100514.
102. Nakshine VS, Thute P, Khatib MN et al. Increased screen time as a cause of declining physical, psychological health, and sleep patterns: a literary review. *Cureus* 2022;14:e30051.
103. Kokka I, Mourikis I, Nicolaides NC et al. Exploring the effects of problematic internet use on adolescent sleep: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:760.
104. Peracchia S, Curcio G. Exposure to video games: effects on sleep and on post-sleep cognitive abilities. A systematic review of experimental evidences. *Sleep Sci* 2018;11:302-14.
105. Demirci K, Akgönül M, Akpinar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *J Behav Addict* 2015;4:85-92.
106. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM et al. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open* 2015;5:e006748.
107. Killgore WD. Effects of sleep deprivation on cognition. *Prog Brain Res* 2010;185:105-29.
108. Maquet P. Sleep on it! *Nat Neurosci* 2000;3:1235-6.
109. de Oliveira MLC, de Nogueira Holanda FW, Valdez P et al. Impact of electronic device usage before bedtime on sleep and attention in adolescents. *Mind Brain Educ* 2020;14:376-86.
110. Wahl S, Engelhardt M, Schaupp P et al. The inner clock – Blue light sets the human rhythm. *J Biophotonics* 2019;12:e201900102.
111. Silvani MI, Werder R, Perret C. The influence of blue light on sleep, performance and wellbeing in young adults: a systematic review. *Front Physiol* 2022;13:943108.
112. Shechter A, Kim EW, St-Onge M-P et al. Blocking nocturnal blue light for insomnia: a randomized controlled trial. *J Psychiatr Res* 2018;96:196-202.
113. Alhola P, Polo-Kantola P. Sleep deprivation: impact on cognitive performance. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2007;3:553-67.
114. Gaya AR, Brum R, Brites K et al. Electronic device and social network use and sleep outcomes among adolescents: the EHLA study. *BMC Public Health* 2023;23:1.
115. Perez Algorta G, Van Meter A, Dubicka B et al. Blue blocking glasses worn at night in first year higher education students with sleep complaints: a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud* 2018;4:1-7.
116. Walsh JJ, Barnes JD, Cameron JD et al. Associations between 24 hour movement behaviours and global cognition in US children: a cross-sectional observational study. *Lancet Child Adolesc Health* 2018;2:783-91.
117. Fung H, Yeo BT, Chen C et al. Adherence to 24-hour movement recommendations and health indicators in early adolescence: cross-sectional and longitudinal associations in the Adolescent Brain Cognitive Development Study. *J Adolesc Health* 2023;72:460-70.
118. Lu Y, Zhao M. Adherence to the 24-h movement guidelines and cognitive difficulties in adolescents. *Complement Ther Clin Pract* 2023;51:101744.
119. Lau PW, Song H, Song D et al. 24-hour movement behaviors and executive functions in preschoolers: a compositional and isotemporal reallocation analysis. *Child Dev* 2024;95:e110-21.
120. Tapia-Serrano MA, Sevil-Serrano J, Sánchez-Miguel PA et al. Prevalence of meeting 24-Hour Movement Guidelines from pre-school to adolescence: a systematic review and meta-analysis including 387,437 participants and 23 countries. *J Sport Health Sci* 2022;11:427-37.
121. Firth J, Solmi M, Wootton RE et al. A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry* 2020;19:360-80.
122. Klimova B. Use of the Internet as a prevention tool against cognitive decline in normal aging. *Clin Interv Aging* 2016;11:1231-7.
123. Wesselman LM, Hooghiemstra AM, Schoonmade LJ et al. Web-based multi-domain lifestyle programs for brain health: comprehensive overview and meta-analysis. *JMIR Ment Health* 2019;6:e12104.
124. Althoff T, Jindal P, Leskovec J. Online actions with offline impact: how online social networks influence online and offline user behavior. Presented at the 10th ACM International Conference on WEB Search and Data Mining, Cambridge, February 2017.
125. Hashempour-Sadeghian M, Shavazi MTA. Internet and social isolation: a comparative study of the effect of Internet use on social isolation between young and middle-aged individuals. *Shiraz E-Medical Journal* 2022;23: e114601.
126. Hajek A, König H-H. The association between use of online social networks sites and perceived social isolation among individuals in the second half of life: results based on a nationally representative sample in Germany. *BMC Public Health* 2019;19:1-7.
127. Zhao W, Kelly RM, Rogerson MJ et al. Understanding older adults' participation in online social activities: lessons from the COVID-19 pandemic. *Proc ACM Hum-Comput Interact* 2022;6:470.
128. Anderson EL, Steen E, Stavropoulos V. Internet use and problematic Internet use: a systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *Int J Adolesc Youth* 2017;22:430-54.
129. Kuss DJ, Griffiths MD. Social networking sites and addiction: ten lessons learned. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14:311.
130. Guan S-SA, Hain S, Cabrera J et al. Social media use and empathy: a mini meta-analysis. *Soc Netw* 2019;8:147-57.
131. Vossen HG, Valkenburg PM. Do social media foster or curtail adolescents' empathy? A longitudinal study. *Comput Hum Behav* 2016;63:118-24.
132. Lomanowska AM, Guitton MJ. Online intimacy and well-being in the digital age. *Internet Interv* 2016;4:138-44.
133. Jafar Z, Quick JD, Larson HJ et al. Social media for public health: reaping the benefits, mitigating the harms. *Health Promot Perspect* 2023;13:105.
134. Sharot T, Sunstein CR. How people decide what they want to know. *Nat Hum Behav* 2020;4:14-9.

135. Bode L. Political news in the news feed: learning politics from social media. *Mass Commun Soc* 2016;19:24-48.
136. Wang L, Gunasti K, Shankar R et al. Impact of gamification on perceptions of word-of-mouth contributors and actions of word-of-mouth consumers. *MIS Quarterly* 2020;44:1987-2011.
137. Del Vicario M, Bessi A, Zollo F et al. The spreading of misinformation online. *Proc Natl Acad Sci USA* 2016;113:554-9.
138. Cinelli M, De Francisci Morales G, Galeazzi A et al. The echo chamber effect on social media. *Proc Natl Acad Sci USA* 2021;118:e2023301118.
139. Terren L, Borge R. Echo chambers on social media: a systematic review of the literature. *Rev Commun Res* 2021;9:99-118.
140. Centola D. The spread of behavior in an online social network experiment. *Science* 2010;329:1194-7.
141. Zhang J, Zentola D. Social networks and health: new developments in diffusion, online and offline. *Annu Rev Sociol* 2019;45:91-109.
142. Kramer AD, Guillory JE, Hancock JT. Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *Proc Natl Acad Sci USA* 2014;111:8788.
143. Centola D. How behavior spreads: the science of complex contagions. Princeton: Princeton University Press, 2018.
144. Firth JA, Albery GF, Beck KB et al. Analysing the social spread of behaviour: integrating complex contagions into network based diffusions. *arXiv* 2012;08925.
145. Guilbeault D, Becker J, Centola D. Complex contagions: a decade in review. In: Lehmann S, Ahn Y (eds). Berlin: Springer Nature, 2018:3-25.
146. Hurel E, Grall-Bronnec M, Bouillard O et al. Systematic review of gaming and neuropsychological assessment of social cognition. *Neuropsychol Rev* 2023; doi: 10.1007/s11065-023-09599-y.
147. Alghamdi D. He and she in video games: impact of gender on video game participation and perspectives. *Int J Adv Comput Sci Appl* 2023;14:202.
148. Hilvert-Bruce Z, Neill JT. I'm just trolling: the role of normative beliefs in aggressive behaviour in online gaming. *Comput Hum Behav* 2020;102:303-11.
149. Adachi PJ, Willoughby T. The effect of video game competition and violence on aggressive behavior: which characteristic has the greatest influence? *Psychol Violence* 2011;1:259.
150. Hollingdale J, Greitemeyer T. The effect of online violent video games on levels of aggression. *PLoS One* 2014;9:e111790.
151. Simon KC, Clemenson GD, Zhang J et al. Sleep facilitates spatial memory but not navigation using the Minecraft Memory and Navigation task. *Proc Natl Acad Sci USA* 2022;119:e2202394119.
152. Yavuz E, Lazar AS, Gahnstrom CJ et al. Shorter reported sleep duration in men is associated with worse virtual spatial navigation performance. *bioRxiv* 2023;10.1101/2023.09.09.556942.
153. McNulty C, Jenny SE, Leis O et al. Physical exercise and performance in esports players: an initial systematic review. *Journal of Electronic Gaming and Esports* 2023; doi: 10.1123/jege.2022-0014.
154. Coutrot A, Manley E, Goodroe S et al. Entropy of city street networks linked to future spatial navigation ability. *Nature* 2022;604:104-10.
155. Toth AJ, Ramsbottom N, Kowal M et al. Converging evidence supporting the cognitive link between exercise and sport performance: a dual systematic review. *Brain Sci* 2020;10:859.
156. Michel J-B, Shen YK, Aiden AP et al. Quantitative analysis of culture using millions of digitized books. *Science* 2011;331:176-82.
157. Correia RA, Ladle R, Jarić I et al. Digital data sources and methods for conservation culturomics. *Conserv Biol* 2021;35:398-411.
158. Lazer D, Hargittai E, Freelon D et al. Meaningful measures of human society in the twenty-first century. *Nature* 2021;595:189-96.
159. Tana JC, Kettunen J, Eirola E et al. Diurnal variations of depression-related health information seeking: case study in Finland using Google Trends data. *JMIR Ment Health* 2018;5:e9152.
160. Golder SA, Macy MW. Diurnal and seasonal mood vary with work, sleep, and daylength across diverse cultures. *Science* 2011;333:1878-81.
161. Jarić I, Roll U, Arlinghaus R et al. Expanding conservation culturomics and iEcology from terrestrial to aquatic realms. *PLoS Biol* 2020;18:e3000935.
162. Lorenz-Spreen P, Mønsted BM, Hövel P et al. Accelerating dynamics of collective attention. *Nat Commun* 2019;10:1759.
163. Jarić I, Correia RA, Bonaiuto M et al. Transience of public attention in conservation science. *Front Ecol Environ* 2023;21:333-40.
164. Djerf-Pierre M. The crowding-out effect: issue dynamics and attention to environmental issues in television news reporting over 30 years. *Journal Stud* 2012;13:499-516.
165. Downs A. Up and down with ecology – The “issue-attention cycle”. *Public Interest* 1972;28:38.
166. Riva G, Baños RM, Botella C et al. Transforming experience: the potential of augmented reality and virtual reality for enhancing personal and clinical change. *Front Psychiatry* 2016;7:164.
167. Scavarelli A, Arya A, Teather RJ. Virtual reality and augmented reality in social learning spaces: a literature review. *Virtual Real* 2021;25:257-77.
168. Biswas SS. Role of Chat GPT in public health. *Ann Biomed Eng* 2023;51:868-9.
169. Slater M. Immersion and the illusion of presence in virtual reality. *Br J Psychol* 2018;109:431-3.
170. Freeman D, Reeve S, Robinson A et al. Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychol Med* 2017;47: 2393-400.
171. Merckx C, Nawijn J. Virtual reality tourism experiences: addiction and isolation. *Tour Manag* 2021;87:104394.
172. Usmani SS, Sharath M, Mehendale M. Future of mental health in the metaverse. *Gen Psychiatr* 2022;35:e100825.
173. Cerasa A, Gaggioli A, Marino F et al. The promise of the metaverse in mental health: the new era of MEDverse. *Heliyon* 2022;8:e11762.
174. Zitron E. RIP Metaverse: an obituary for the latest fad to join the tech grave-yard. www.businessinsider.com.
175. Herwitz J, Rodriguez S, Bobrowsky M. Company documents show Meta's flag-ship metaverse falling short. www.wsj.com.
176. Wang G, Badal A, Jia X et al. Development of metaverse for intelligent healthcare. *Nat Mach Intell* 2022;4:922-9.
177. Benrimoh D, Chheda FD, Margose HC. The best predictor of the future – the metaverse, mental health, and lessons learned from current technologies. *JMIR Mental Health* 2022;9:e40410.
178. Falconer CJ, Rovira A, King JA et al. Embodying self-compassion within virtual reality and its effects on patients with depression. *BJPsych Open* 2016;2:74-80.
179. Ratan R, Beyea D, Li BJ et al. Avatar characteristics induce users' behavioral conformity with small-to-medium effect sizes: a meta-analysis of the Proteus effect. *Media Psychol* 2020;23:651-75.
180. Cai L, Huang Z, Feng Q et al. Co-transformation of digital health and esports in metaverse: moderating effects of digital personality on mental health in Multiplayer Online Battle Arena (MOBA). *Int J Environ Res Public Health* 2022;20:760.
181. Barnett I, Torous J. Ethics, transparency, and public health at the intersection of innovation and Facebook's suicide prevention efforts. *Ann Intern Med* 2019;170:565-6.
182. Kaimara P, Oikonomou A, Deliyannis I. Could virtual reality applications pose real risks to children and adolescents? A systematic review of ethical issues and concerns. *Virtual Real* 2022;26:697-735.
183. Henschel A, Hortensius R, Cross ES. Social cognition in the age of human-robot interaction. *Trends Neurosci* 2020;43:373-84.
184. Luxton DD. Artificial intelligence in psychological practice: current and future applications and implications. *Prof Psychol Res Pr* 2014;45:332.
185. Mumm J, Mutlu B. Designing motivational agents: the role of praise, social comparison, and embodiment in computer feedback. *Comput Hum Behav* 2011;27:1643-50.
186. Wei J, Tay Y, Bommasani R et al. Emergent abilities of large language models. *arXiv* 2022;220607682.
187. Gilson A, Safranek CW, Huang T et al. How does ChatGPT perform on the United States medical licensing examination? The implications of large language models for medical education and knowledge assessment. *JMIR Med Educ* 2023;9:e45312.
188. Farhat F. ChatGPT as a complementary mental health resource: a boon or a bane. *Ann Biomed Eng* 2023; doi: 10.1007/s10439-023-03326-7.
189. Singhal K, Azizi S, Tu T et al. Large language models encode clinical knowledge. *Nature* 2023;620:172-80.
190. Emmelkamp PM, Meyerbröcker K. Virtual reality therapy in mental health. *Annu Rev Clin Psychol* 2021;17:495-519.
191. King M. Harmful biases in artificial intelligence. *Lancet Psychiatry* 2022;9:e48.
192. Čartolovni A, Malešević A, Poslon L. Critical analysis of the AI impact on the patient-physician relationship: a multi-stakeholder qualitative study. *Digital Health* 2023;9:20552076231220833.
193. Bell IH, Nicholas J, Alvarez-Jimenez M et al. Virtual reality as a clinical tool in mental health research and practice. *Dialogues Clin Neurosci* 2020;22:169-77.
194. Barua PD, Vicnesh J, Gururajan R et al. Artificial intelligence enabled personalised assistive tools to enhance education of children with neurodevelopmental disorders – a review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:1192.
195. Torous J, Myrick K, Aguilera A. The need for a new generation of digital mental health tools to support more accessible, effective and equitable care. *World Psychiatry* 2023;22:1-2.

DOI:10.1002/wps.21188

La experiencia vivida de los trastornos mentales en adolescentes: una revisión ascendente codiseñada, codirigida y coescrita por expertos debido a su experiencia y académicos

Paolo Fusar-Poli¹⁻⁴, Andrés Estradé¹, Cecilia M. Esposito², René Rosfort⁵, Ilaria Basadonne², Milena Mancini⁶, Giovanni Stanghellini^{7,8}, Jummy Otaiku⁹, Oluwadamilola Olanrele³, Lucas Allen³, Muskan Lamba¹⁰, Catherine Alaso¹¹, Judy Ieri¹¹, Margret Atieno¹¹, Yvonne Oluoch¹¹, Phides Ileri¹¹, Ephraim Tembo^{12,13}, Innocent Z. Phiri¹², Duncan Nkhoma¹², Noah Sichone¹², Candy Siadibbi^{12,14}, Pharidah R.I.O. Sundi¹⁵, Nyathi Ntokozi^{16,17}, Laura Fusar-Poli², Valentina Floris², Martina M. Mensi¹⁸, Renato Borgatti^{2,18}, Stefano Damiani², Umberto Provenzano², Natascia Brondino², Ilaria Bonoldi^{19,20}, Joaquim Radua²¹, Kate Cooper²², Jae Il Shin²³, Samuele Cortese²⁴⁻²⁸, Andrea Danese^{29,30}, Sarah Bendall^{31,32}, Celso Arango³³, Christoph U. Correll³⁴⁻³⁶, Mario Maj³⁷

¹Early Psychosis: Interventions and Clinical-detection (EPIC) Lab, Department of Psychosis Studies, King's College London, London, UK; ²Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, Pavia, Italy; ³OASIS Service, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ⁴Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital, Ludwig-Maximilians-University, Munich, Germany; ⁵S. Kierkegaard Research Centre, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁶Department of Psychological Sciences, Health and Territory, G. D'Annunzio University of Chieti and Pescara, Chieti, Italy; ⁷Department of Health Sciences, University of Florence, Florence, Italy; ⁸Universidad Diego Portales, Santiago, Chile; ⁹Young Person's Mental Health Advisory Group, King's College London, London, UK; ¹⁰Global Mental Health Peer Network, Delhi, India; ¹¹Global Mental Health Peer Network, Nairobi, Kenya; ¹²Global Mental Health Peer Network, Lusaka, Zambia; ¹³University of Zambia, Lusaka, Zambia; ¹⁴Psychology Association of Zambia, Lusaka, Zambia; ¹⁵Lusaka Apex Medical University, Lusaka, Zambia; ¹⁶Global Mental Health Peer Network, Bulawayo, Zimbabwe; ¹⁷Youth Support Network Trust, Bulawayo, Zimbabwe; ¹⁸National Neurological Institute, IRCCS C. Mondino Foundation, Pavia, Italy; ¹⁹South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ²⁰Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ²¹Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III, Universidad de Barcelona, Barcelona, España; ²²Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK; ²³Department of Pediatrics, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Republic of Korea; ²⁴Centre for Innovation in Mental Health, School of Psychology, Faculty of Environmental and Life Sciences, University of Southampton, Southampton, UK; ²⁵Clinical and Experimental Sciences (CNS and Psychiatry), Faculty of Medicine, University of Southampton, Southampton, UK; ²⁶Hassenfeld Children's Hospital at NYU Langone, New York University Child Study Center, New York, NY, USA; ²⁷Solent NHS Trust, Southampton, UK; ²⁸Department of Precision and Regenerative Medicine and Ionic Area, University of Bari, Bari, Italy; ²⁹Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre and Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ³⁰National and Specialist Child and Adolescent Mental Health Service Clinic for Trauma, Anxiety and Depression, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ³¹Orygen, Melbourne, VIC, Australia; ³²Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia; ³³Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Departamento de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Hospital General Universitario G. Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, CIBERSAM, Madrid, España; ³⁴Department of Child and Adolescent Psychiatry, Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; ³⁵Departments of Psychiatry and Molecular Medicine, Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Hempstead, NY, USA; ³⁶Department of Psychiatry, Zucker Hillside Hospital, Northwell Health, Glen Oaks, NY, USA; ³⁷Department of Psychiatry, University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy

Presentamos aquí la primera revisión ascendente de la experiencia vivida de trastornos mentales en adolescentes codiseñada, codirigida y coescrita por expertos por su experiencia y académicos. Seleccionamos relatos en primera persona dentro y fuera del ámbito médico, y los debatimos en talleres colaborativos en los que participaron numerosos expertos por su experiencia -representando diferentes géneros, orígenes étnicos y culturales, y continentes- y sus familiares y cuidadores. Posteriormente, el material se enriqueció con perspectivas fenomenológicamente informadas y se compartió con todos los colaboradores. Se describe la experiencia subjetiva interna de adolescentes en relación con trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos del espectro autista, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos externalizantes y conductas autolesivas. El recuerdo de las historias pasadas de los individuos también indexa los rasgos prodrómicos (a menudo transdiagnósticos) anteriores al diagnóstico psiquiátrico. Se describe la experiencia de los adolescentes con trastornos mentales en la sociedad en general con respecto a su familia, su escuela y compañeros, y el contexto social y cultural. Además, se describe su experiencia vivida de la atención de salud mental con respecto a la recepción de un diagnóstico de trastorno mental, el acceso al apoyo de salud mental, la recepción de tratamiento psicofarmacológico, la recepción de psicoterapia, la experiencia de apoyo entre iguales y el activismo en salud mental, y el logro de la recuperación. Estos hallazgos pueden repercutir en la práctica clínica, en la investigación y en toda la sociedad. Esperamos que este recorrido codiseñado, codirigido y coescrito pueda ayudarnos a mantener nuestro compromiso de proteger la frágil salud mental de los adolescentes, y pueda ayudarles a desarrollarse hacia una vida adulta sana, plena y productiva.

Palabras clave: Palabras clave, con coma.

(Fusar-Poli P, Estradé A, Esposito CM, Rosfort R, Basadonne I, Mancini M, et al. The lived experience of mental disorders in adolescents: a bottom-up review co-designed, co-conducted and co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry* 2024;23:191–208)

Recientes hallazgos metaepidemiológicos indican que la aparición del primer trastorno mental se produce antes de los 14 años en un tercio, antes de los 18 años en casi la mitad y antes de los 25 años en aproximadamente dos tercios de los individuos, con una edad máxima de inicio de 14,5 años en todos los trastornos mentales¹. La mayoría de los trastornos mentales del adulto se originan durante la adolescencia (es decir, entre los 10 y los 19 años de edad²), cuando se produce un rápido crecimiento y desarrollo

del cerebro³. La incidencia de los problemas de salud mental en los adolescentes está aumentando en todo el mundo⁴.

La aparición precoz es el principal factor de la elevada carga personal de la mayoría de los trastornos mentales, agravada por las frecuentes comorbilidades^{5,6} y reflejo de una compleja interacción etiopatológica de factores genéticos y ambientales^{7,8}. Un factor relacionado es la crisis global del sistema de atención a la salud mental⁹, que suele dividirse en torno a los 18 años¹⁰ (atención a la

salud mental de niños y adolescentes vs. adultos), lo que da lugar a una falta de continuidad en la atención.

Estos factores conducen a resultados subóptimos¹¹ y contribuyen a la disminución de la esperanza de vida (hasta 10-15 años) asociada a varios trastornos mentales¹²⁻¹⁶. El panorama anterior se ha ampliado a través de la lente de la pandemia de COVID-19, que ha afectado sustancialmente la salud mental de los jóvenes¹⁷⁻²⁰.

A pesar de sus importantes y duraderos efectos a lo largo de la vida, los problemas de salud mental de los adolescentes suelen pasar desapercibidos. En particular, la naturaleza subjetiva de su experiencia con los trastornos mentales se ha silenciado normalmente en investigaciones académicas que carecen de perspectivas en primera persona o en relatos autobiográficos que carecen de un análisis en profundidad.

Para llenar este vacío, llevamos a cabo la primera revisión ascendente de la evidencia sobre la experiencia vivida de los trastornos mentales en adolescentes. El estudio fue codiseñado, codirigido y coescrito por jóvenes expertos por su experiencia -que representaban diferentes géneros, orígenes étnicos y culturales, y continentes- y académicos, perfeccionando un método anterior desarrollado por nuestro grupo para investigar la experiencia vivida de psicosis y depresión²¹⁻²³.

Establecimos un equipo básico colaborativo formado por expertos por su experiencia (pacientes, familiares y cuidadores) y académicos para desarrollar el protocolo del estudio. A continuación, estos socios codirigieron el estudio en las fases posteriores. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva en Web of Science, PubMed y EBSCO, desde el inicio hasta el 1 de mayo de 2023. Los términos de búsqueda fueron (adolesc* OR youth) AND (qualitative OR “focus group” OR “grounded theory” OR “content analysis” OR ethnograph* OR phenomenol* OR “lived experience”) AND (“mental health” OR “mental disorder*” OR “mental illness” OR “behavioral disorder” OR “behavioural disorder”).

Se incluyeron estudios cualitativos que ofrecieran relatos en primera persona de adolescentes (rango: 10-19 años de edad²) con un diagnóstico actual según CIE o DSM de un trastorno del estado de ánimo, psicótico, del neurodesarrollo, de ansiedad, de la conducta alimentaria o externalizante. No se incluyó la discapacidad intelectual, debido a las dificultades lingüísticas y expresivas que caracterizan a este trastorno. Añadimos una categoría adicional de conductas autolesivas.

No se incluyeron los estudios que investigaban a personas agrupadas en base a sus síntomas, experiencias u otras características autoinformadas, en lugar de un diagnóstico. Sin embargo, los trabajos identificados contenían con frecuencia el recuerdo de historias pasadas de los individuos, indexando así las características prodrómicas (a menudo transdiagnósticas) anteriores a un diagnóstico psiquiátrico formal²⁴.

Todos los artículos incluidos se cargaron en NVivo, un software de análisis de datos cualitativos²⁵. Investigadores independientes realizaron una síntesis temática de las fuentes seleccionadas basada en la codificación línea por línea del texto en las secciones Resultados/Hallazgos de los artículos, y la generación de una lista preliminar de temas y subtemas descriptivos de la experiencia vivida de los trastornos mentales en adolescentes. En esta fase se consultaron otras fuentes, como sitios web, blogs o material de redes sociales escrito por expertos según su experiencia, y se incluyeron los temas pertinentes.

A continuación, el material se compartió con el equipo central de colaboración y se clasificó de forma preliminar en tres secciones descriptivas generales: “La experiencia subjetiva interna de los

trastornos mentales en adolescentes”, “La experiencia vivida por adolescentes con trastornos mentales en la sociedad en general” y “La experiencia vivida por adolescentes con trastornos mentales al recibir atención de salud mental”. Cada sección comprendía varios temas y subtemas. Algunos temas se enriquecieron aún más al incorporar las perspectivas de los padres y cuidadores, según el caso.

En un paso posterior, promovimos una puesta en común y un análisis colaborativo e iterativo de los temas y subtemas experienciales preliminares en tres talleres. En ellos participó un amplio grupo de expertos por su experiencia de la Red Mundial de Pares de Salud Mental (Global Mental Health Peer Network, <https://www.gmhpn.org>), que representaban la experiencia vivida por jóvenes de más de 40 países; el Grupo Asesor de Salud Mental de niños y adolescentes (<https://www.kcl.ac.uk/research/ypmhag>), que representa la perspectiva de los jóvenes del Reino Unido; y el servicio clínico Outreach and Support in South London (OASIS) (<https://www.meandmymind.nhs.uk>)²⁶, que representa la perspectiva de adolescentes con trastornos mentales emergentes. En total, hemos contado con la participación de 18 jóvenes expertos por su experiencia, de diferentes género, edad y etnia procedentes de tres continentes, que abarcan Europa (Reino Unido), Asia (India) y África (Botsuana, Kenia, Zambia y Zimbabue).

En un último paso, la selección de temas y subtemas experienciales se enriqueció con perspectivas fenomenológicamente informadas²⁷⁻⁴³ extraídas de los artículos incluidos, los talleres y la experiencia académica. Los académicos también eran de edad, género y origen étnico variables, así como de diversos continentes (Europa, Norteamérica, Sudamérica, Asia y Oceanía). El grupo más amplio de expertos por su experiencia y académicos interactuó colectivamente para redactar y revisar el manuscrito a través de una plataforma compartida de Google Drive. Todos los expertos por su experiencia que participaron activamente en la elaboración del manuscrito fueron invitados a ser coautores. Se ofreció a los expertos por su experiencia el reembolso de su tiempo de acuerdo con las directrices disponibles para la investigación participativa⁴⁴.

En consonancia con nuestras publicaciones anteriores²¹⁻²³, las palabras escritas o pronunciadas por expertos por su experiencia se reproducen textualmente en cursiva. Los comentarios de los participantes en nuestros talleres colaborativos se han anonimizado como comunicaciones personales. Como hemos indicado anteriormente²¹⁻²³, este estudio esboza las formas más paradigmáticas en que se expresan los trastornos mentales en la mayoría de los expertos por su experiencia a escala global. Sin embargo, no asumimos que las experiencias relatadas sean exhaustivas ni que sean sistemáticamente aplicables a todos los jóvenes o a sus padres y cuidadores. Por el contrario, en este trabajo abordamos con frecuencia la alta heterogeneidad fenomenológica de la experiencia vivida de los trastornos mentales en adolescentes.

LA EXPERIENCIA SUBJETIVA INTERNA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES

Esta sección explora la experiencia subjetiva interna de los trastornos mentales en adolescentes. Diferentes subsecciones se centran en los trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastornos del espectro autista, trastornos de ansiedad, trastornos de

la conducta alimentaria, trastornos de externalización y conductas autolesivas.

La experiencia subjetiva interna de los trastornos del estado de ánimo

Experimentar un cambio en la identidad personal

Los adolescentes que sufren un episodio depresivo describen a menudo un cambio en su experiencia de sí mismos, que tienen dificultades para explicar: “*Como si no te sintieras tú mismo*”⁴⁶. Este sentimiento va desde una pérdida de confianza hasta una sensación persistente y negativa de pérdida de identidad⁴⁶⁻⁴⁹.

La comparación entre cómo eran antes y su experiencia actual es extremadamente dolorosa, y afecta a todos los ámbitos de la vida, en particular a su relación con compañeros de colegio y amigos: “*Antes era muy buen amigo y ahora ya no lo soy*”⁴⁷. Algunos sienten que los aspectos buenos de su identidad han sido sustituidos por otros desagradables: “*Hay algo malo en mí*”⁴⁷.

La percepción debilitada de uno mismo puede conducir a una sensación de fracaso personal inminente: “*Voy a fracasar en todo*”⁴⁷. Puede aparecer una sensación de distanciamiento: “*Mi depresión es como ser una persona diferente... es como si formara parte de mi personalidad, pero está eclipsando quién soy*”⁴⁷.

En cambio, los episodios maníacos están marcados por una experiencia de consolidación de la identidad y las posibilidades personales: “*Sentía que podía hacerlo todo, que seguiría siendo el mejor en cualquier cosa que decidiera hacer*” (comunicación personal).

Experimentar emociones abrumadoramente intensas

Los adolescentes suelen experimentar los episodios anímicos como un caos de emociones intensas. Durante las fases depresivas, refieren sentimientos de dolor mental y rabia (“*Encuentro elementos oscuros en mi vida: tristeza, ira, desesperación y dolor*”⁵⁰), que pueden ser tan intensos que se sienten ahogados: “*Con la espiral de la depresión, no haces más que hundirte y hundirte*”⁴⁹. La tristeza se describe como “*hasta la cima más profunda*”⁵¹, convirtiéndose a menudo en un inconsolable “*llanto sin motivo*”⁴⁷.

Durante las fases maníacas, la intensificación de todas las emociones suele percibirse como confusa: “*Tenía tantos pensamientos y tantas emociones en mi mente; todos se mezclaban*” (comunicación personal). No es raro que la ira predomine sobre la euforia y el entusiasmo: “*Mi inmensa rabia aumentaba al mismo tiempo que mis ganas de romperlo todo, de sentir cómo caían las cosas*”⁵². La ira y la irritabilidad pueden experimentarse como un río desbordado “*que siempre ha estado presente*”⁵³.

Como los adolescentes no suelen haber desarrollado estrategias de afrontamiento maduras para contener su abrumadora irritabilidad, pueden recurrir a la agresión verbal o física hacia sí mismos o hacia los demás (“*Me siento muy enfadado, son pequeñas cosas las que me irritan... Me vuelvo literalmente loco... Es como si les gritara o golpeará cosas o simplemente dijera cosas que ni siquiera me gusta decir, realmente malas*”⁴⁷) o a comportamientos de acoso (“*Me estaba convirtiendo en un acosador, pero no quería convertirme en un acosador*”⁴⁷).

En la depresión grave, en lugar de experimentar una intensificación de sus emociones, los adolescentes pueden experimentar un profundo entumecimiento e incapacidad para sentir emoción

alguna: “*Realmente no sentía nada, como si no hubiera felicidad ni emoción, pero tampoco tristeza. Era como si todo fuera gris*”⁴⁶.

Sentirse atrapado en sus propias mentes

Los adolescentes en un episodio depresivo suelen describir que se sienten atrapados: “*Es una enfermedad que es como un agujero negro. Es difícil salir de él, y todo lo que nos rodea es oscuro*”⁵⁴. También pueden referir sentirse “*inundados*” por pensamientos negativos recurrentes, dudas sobre sí mismos y rumiaciones continuas: “*Cada vez pienso en más y más cosas, así que es como si se acumularan y el estado de ánimo no dejara de caer*”⁵⁵.

Durante un episodio maníaco, puede haber una experiencia de disponibilidad sin precedentes del mundo circundante, como si todo fuera fácilmente alcanzable y estuviera al alcance de la mano: “*El mundo era mi patio de recreo*” (comunicación personal). Sin embargo, la sensación de omnipotencia suele ser caótica y estar acompañada de pensamientos e impulsos acelerados: “*Se nota que saltabas de una cosa a otra y no concluías las frases y cosas así*”⁵⁶.

Por lo tanto, los adolescentes pueden llegar a experimentar una dolorosa sensación de estar atrapados en sus mentes tanto durante los episodios depresivos como maníacos. Este sentimiento se ve amplificado por una percepción anormal del tiempo subjetivo, que se estanca en la depresión (“*Se siente como si la vida fuera en bucle cada día, todo se siente cansado, ya nada se siente fresco*”⁵⁴), y se acelera en la manía (“*Era como si todo no pudiera dejar de correr*”, comunicación personal).

Ver desvanecerse el mundo circundante

Durante los episodios depresivos, los adolescentes pueden experimentar que el mundo que les rodea se desvanece: “*Estoy separado de los demás*”⁴⁷. No suelen compartir las diversiones de sus compañeros, lo que les hace sentirse solos y aislados: “*Todo es más difícil de sobrellevar y quieres aislarte*”⁴⁹. El aislamiento puede convertirse en una necesidad desagradable: “*Me olvido de que todo el mundo existe... Soy invisible y eso me gusta*”⁴⁷.

La sensación de aislamiento del mundo circundante también puede estar relacionada con una percepción alterada del cuerpo vivido, que se caracteriza por pesadez, cansancio y falta de energía: “*Siempre estaba muy cansado y no tenía energía para hacer nada*”⁴⁷.

Durante los episodios maníacos, los adolescentes pueden manifestar una mayor facilidad para la interacción social (“*Siempre había sido tímido, pero ahora ya no lo era*”, comunicación personal). Sin embargo, esta sensación de estar más en sintonía con el mundo circundante es solo aparente y transitoria³¹. No son capaces de hacer una pausa y detenerse para conocer adecuadamente a sus compañeros de escuela y amigos, porque los pensamientos y el cuerpo están en excesivo movimiento continuo.

En consecuencia, tanto en la depresión como en la manía, los adolescentes pueden acabar experimentando que el mundo que les rodea se desvanece. Todo se convierte en un estancamiento inútil y desesperanzado del propósito personal (“*¿Qué sentido tiene ya? ¿No tiene sentido?*”⁴⁸) y el aburrimiento (“*Solo intento hacer un montón de cosas diferentes, creo que me interesan y luego me aburro, y simplemente entro en un ciclo de aburrimiento*”⁴⁶), o en una carrera sin sentido y sin meta (“*Me sentía como si estuviera en un videojuego*”, comunicación personal).

La experiencia subjetiva interna de los trastornos psicóticos

Experimentar un cambio generalizado en el mundo vivido y en uno mismo

Los adolescentes que experimentan psicosis por primera vez suelen describir un cambio generalizado en el mundo en el que viven y en sí mismos. Por lo general, luchan por comprender el mundo distorsionado por los síntomas psicóticos. El entorno que les rodea pierde su familiaridad y se convierte en un lugar siniestro, lleno de amenazas desconocidas, cuyas señales deben ser reinterpretadas^{28,39,57}: “Sabía que algo iba mal”⁵⁶. Surgen percepciones inusuales (“Compartía el espacio con voces débiles y una pérdida sombría de la realidad”⁵²), alucinaciones francas (“Empecé a ver y oír cosas, a percibir olores inusuales”⁵⁸) o delirios (“Tengo la sensación de que la gente está intentando conspirar contra mí”⁵⁷). El cambio generalizado en el mundo vivido es insidioso y se refleja en un profundo cambio en el yo difícil de explicar.

Durante el primer episodio de psicosis, los adolescentes pueden sentir que el mundo que habitan es muy diferente al de sus compañeros: “Para mí, la psicosis es simplemente estar ahogado por completo fuera del planeta, como flotando en el espacio, sin tener idea de lo que está pasando”⁵⁹. Debido a la percepción alterada de la realidad, sienten que no pueden confiar en su mente como lo hacían antes: “Es como un amigo que te ha traicionado una vez, y no sabes si puedes volver a confiar en él” (comunicación personal).

Sentirse como un pez fuera del agua

Debido a las experiencias descritas anteriormente, los adolescentes con psicosis pueden sentirse extremadamente incómodos con los demás, “como un pez fuera del agua” (comunicación personal). Pueden describir una sensación de miedo radical y pérdida de familiaridad al entrar en contacto social, y un distanciamiento significativo de sí mismos y del mundo: “Estaba mentalmente perturbado, confuso y no estaba bien, mi mente no era mía”⁶⁰. Estos sentimientos se ven amplificados por la dolorosa conciencia de ser diferentes de sus compañeros y de que se dirijan a ellos como si fueran raros, lo que desencadena interpretaciones persecutorias: “La gente me mira como si fuera diferente”⁶¹.

El miedo a las interacciones sociales y la sensación de ser diferente de los compañeros pueden originarse a menudo en la infancia: “En realidad, no tuve ningún amigo íntimo”⁶²; “Quiero amigos, pero no sé cómo hacerlos”⁶³. En la psicosis de inicio temprano, la sensación de ser diferente es particularmente marcada, y puede verse reforzada en un círculo vicioso por el descenso del rendimiento escolar: “En el primer curso, estaba en el grupo de lectura de los mejores... en el tercer curso estaba en el grupo de lectura de los peores”⁶³. Estas experiencias negativas pueden llevar al individuo a abandonar la escuela: “Odiaba ir a la escuela e inventaba muchas excusas para quedarme en casa”⁶⁴.

En otros casos, esta sensación de ser diferente de los demás puede intensificarse y desencadenar una percepción anormal de que el mundo está centrado en el individuo (“Si estoy entre una multitud de gente, sobre todo si no los conozco, tengo la sensación de que la gente podría estar hablando de mí, de que la gente podría estar a punto de acercarse a mí”⁵⁷), o provocar miedos delirantes (“Me sentía inseguro. Tenía la sensación de que alguien iba a matarme”⁶⁰). Los adolescentes pueden preferir no compartir estos sentimientos con los demás porque temen el rechazo:

“No me molesto en intentar explicárselo a mi familia o amigos, simplemente me lo guardo para mí... van a pensar que te estás volviendo loco”⁶¹.

Una experiencia común relacionada es el estigma percibido (“Si le dijera a alguien que tengo riesgo de desarrollar psicosis y percibo cosas extrañas, se perturbaría y me trataría de forma diferente”⁶⁵), lo que agrava el retraimiento social y el aislamiento (“Tras regresar del hospital, realmente no podía llevarme bien con nadie... Me gusta más jugar solo. Me invento historias y fantasías”⁶³).

La experiencia subjetiva interna del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Percibir la propia neurodiversidad

Los adolescentes con TDAH pueden percibirlo como una parte de su personalidad presente desde el nacimiento⁶⁶⁻⁶⁸: “Algunas personas lo ven erróneamente como una afección, una enfermedad o algo así. Es más bien un rasgo que hace a las personas neurologicamente diferentes”⁶⁹. Puede considerarse como un elemento constitutivo (“Si no tuviera TDAH, creo que no sería yo”⁶⁷), o como una parte complementaria pero separada (“En parte es gracias a mi TDAH que soy como soy, pero aparte de eso, definitivamente tengo mi propia personalidad”⁷⁰).

Algunos de estos adolescentes no experimentan su neurodiversidad como un impedimento (“Simplemente llevo una vida normal”⁶⁷), y señalan beneficios como tener más energía, menos necesidad de dormir y ser más extrovertidos en situaciones sociales (“Siempre somos el alma de la fiesta... somos geniales; sabemos divertirnos”⁷¹).

Sin embargo, otros pueden percibir su neurodiversidad como una versión disfuncional paralela de sí mismos, difícil de integrar y aceptar (“Me enfado porque mi TDAH empieza a hacer efecto. Si tengo un mal día, ves mi lado enfadado”⁶⁶), lo que a veces provoca “estallidos de ira”⁶⁶. Algunos adolescentes pueden conceptualizar más bien el TDAH como un trastorno que les ocurrió a ellos⁶⁶⁻⁶⁸, particularmente cuando notan las mejoras significativas asociadas al tratamiento médico: “Las pastillas me hacen un poquito bien”⁶⁶.

Sensación de falta de control

Los adolescentes pueden experimentar el TDAH como un trastorno fluctuante^{66,67}, en el que sutiles desencadenantes ambientales amplifican la sensación de falta de control y los problemas de concentración y atención⁶⁶: “Cuando me obligan a quedarme quieto... se me revuelve el estómago y casi me dan ganas de gritar”⁷². Con mayor frecuencia, su experiencia del trastorno es completamente impredecible, y afirman sentirse “en una montaña rusa”⁷². En consecuencia, con frecuencia experimentan una falta de control sobre “la forma en que funciona su cerebro”⁶⁷.

Algunos adolescentes pueden ser conscientes de su incapacidad para controlar su trastorno. En consecuencia, creen firmemente que sus comportamientos disfuncionales “en realidad no son culpa suya”^{66,68}, y lamentan que otras personas consideren que su comportamiento está deliberadamente planificado⁷². Ante esta falta de control y la dificultad para comunicarlo a los demás, los adolescentes pueden percibir la etiqueta TDAH como “una forma más fácil de explicar” su trastorno a otras personas⁷⁰.

La falta de control también puede generar la sensación de quedarse atrás: “*Me gustaría que la gente lo entendiera, no soy estúpido... no soy tan rápido como tú*”⁷². Además, una experiencia típica de adolescentes con TDAH es la necesidad de ayuda continua para controlar, organizar y planificar sus propias vidas y “*mantener las cosas en orden*”⁷¹.

La experiencia subjetiva interna de los trastornos del espectro autista

Sentirse neurodivergente en un mundo desconcertante

Los adolescentes con trastornos del espectro autista suelen sentirse muy diferentes de sus compañeros: “*Es como... los americanos escriben de un lado a otro, y los chinos escriben de arriba a abajo*”⁷³. A veces explican su neurodiversidad en términos de condición biológica: “*Solo los caminos de cómo se transmiten las cosas en un cerebro neurotípico y en un cerebro autista*”⁷³. En otros casos, puede que necesiten etiquetar su trastorno para comprenderlo plenamente: “*Prefiero ser diferente y tener una razón para ello no ser diferente*”⁷⁴.

Sin embargo, existen profundas diferencias interindividuales⁷⁵. Algunos de ellos no aceptan su neurodiversidad (“*Me odio a mí mismo porque no puedo hacerlo bien como los demás*”⁷⁶); otros acaban aceptándola y no les gustaría cambiar “*porque es la razón por la que soy quien soy*”⁷⁴, y les “*gusta ser diferentes*”⁷⁴ o incluso están “*orgullosos*” de ello⁷⁵.

La neurodiversidad hace que el mundo que viven los adolescentes con trastornos del espectro autista sea un lugar extremadamente desafiante, particularmente cuando se enfrentan al mundo neurotípico (“*Este mundo sigue siendo un rompecabezas para mí, como lo es la forma de actuar de la gente y las normas*”⁷³; “*Estoy trabajando mi cerebro más duro que nadie*”⁷⁶). Pueden sentir que su mente “*se mueve en el caos, como una oficina desordenada*”⁷⁷.

Su incapacidad para comprender el mundo que les rodea también puede provocar pesimismo y depresión: “*(El autismo) puede causar problemas en tu vida que quizá nunca puedas solucionar*”⁷⁸, en los que “*lo negativo supera a lo positivo*”⁷⁸. Su desconcierto puede verse amplificado por sus alteraciones sensoriales, que pueden alterar incluso las percepciones positivas del mundo circundante (“*La luz del sol es demasiado brillante. Cuando hace buen tiempo, me resulta doloroso; es como si no pudiera soportarlo más*”⁷⁶), y desencadenar círculos viciosos de sensación de incomodidad y desapego de la realidad (“*Si un bebé me molesta mucho llorando, salgo fuera y empiezo a notar que mi ropa me molesta. Entonces, me empieza a picar y me rasco, y se vuelve realmente molesto. Y entonces empiezo a sudar, y eso me molesta. Y todo esto desencadena todo*”⁷⁷).

Por este motivo, prefieren el efecto calmante de las rutinas predecibles (“*Todo está simplemente estructurado, simplemente normal*”⁷⁷) y los cambios mínimos (“*Simplemente no me gustan las prisas... Vivo la vida a mi ritmo*”⁷⁷).

Anhelos de calidez y conexiones humanas

Varios adolescentes con autismo consideran que “*la soledad en sí misma no es genial*”⁷³. Más bien, anhelan tener pocas y cálidas conexiones: “*Prefiero tener menos gente en mi entorno... Prefiero tener unos pocos amigos íntimos a tener más amigos*”⁷³. Sin

embargo, las relaciones sociales se viven al mismo tiempo como algo abrumador: “*Después de un tiempo, encuentro a la gente un poco agotadora*”⁷⁵, debido a sus dificultades para leer, interpretar y comprender las emociones de los demás⁷⁵. Puede que les resulte más fácil relacionarse con compañeros afectados de forma similar por el autismo: “*Todos tienen... su forma especial de encajar en la realidad, como yo*”⁷⁷.

En general, les preocupa perder relaciones sociales, “*estropear las cosas con la gente*”⁷⁷, experimentar rechazo y estigmatización, y sentirse “*humillados o avergonzados*” en situaciones sociales⁷⁷. Estas experiencias son particularmente pronunciadas cuando se les pide que muestren cierta cercanía emocional o apoyo, que son incapaces de ofrecer: “*Si alguien está muy disgustado... y me pide que le ayude a dejar de llorar y yo no sé cómo... solo diré que lo siento, que no puedo, y entonces me tengo que ir, y claro, me siento fatal*”⁷⁷.

La experiencia subjetiva interna de los trastornos de ansiedad

Experimentar el tsunami de un cuerpo ansioso

Varios adolescentes describen la ansiedad como una experiencia de opresión física, de ahogo en emociones corporales intensas. Entre las diversas metáforas utilizadas, algunas hacen hincapié en la sensación corporal de llevar una carga, como tener “*una mochila pesada*”⁷⁹ o “*un lodo negro*”⁷⁹. Otros, en cambio, describen una experiencia de asfixia (“*Es como si estuvieras bajo el agua y los pulmones se te pusieran tensos*”⁷⁹; “*No puedes respirar bien*”⁸¹), o de dolor físico (“*La ansiedad duele; bueno, a mí me duele físicamente*”⁸⁰).

Suelen percibir la ansiedad como “*una fuerza incontrolable*”⁸², “*un gran monstruo aterrador*”⁸³ o “*un tsunami malévolo que ha engullido mi alma*”⁸². Pueden encontrarse a merced de estas emociones corporales intensas y abrumadoras, sin salida: “*Sientes que no puedes salir*”⁸¹. Durante los episodios de ansiedad aguda intensa (p. ej., ataques de pánico), la experiencia de asfixia suele ir acompañada de una necesidad inminente de escapar de la situación: “*Lo único que intentas pensar es que tienes que salir de aquí, tienes que correr... tienes que ir a otro sitio*”⁸¹.

En general, los adolescentes con trastornos de ansiedad suelen sentirse atrapados en sus cuerpos: “*La vida de los demás pasa fugazmente, y tú te quedas atrapado en tu propio cuerpo*”⁸².

Perder el control de la mente ansiosa

Los adolescentes con trastornos de ansiedad suelen experimentar una falta de control de su mente, descrita a veces como una sensación de conflicto interior: “*Se siente como una guerra contra uno mismo*”⁸³. Por ejemplo, en los casos de ansiedad generalizada, cualquier cosa puede producir una preocupación intensa, y tomar decisiones se convierte en una pesadilla insuperable⁷⁹, lo que conduce a una sensación de no poder vivir como los demás: “*En cierto modo sientes que no estás viviendo como lo hacen todos los que te rodean*”⁸³.

En el caso de un ataque de pánico, los adolescentes pueden describir la percepción de sensaciones corporales sutiles o agudas que activan una alarma en su mente (“*Tu mente se pone como... las sirenas de una ambulancia... se pone en emergencia y piensa que hay un peligro*”⁸¹) y luego se extiende a todo el cuerpo (“*Normal-*

mente empieza en las puntas de los dedos de las manos y de los pies, sientes un hormigueo y luego empieza a subir por las piernas”⁸¹).

Vivir en una caja cada vez más pequeña e impredecible

Los adolescentes que padecen trastornos de ansiedad también pueden temer al mundo como una caja cada vez más pequeña e impredecible. Suelen describir una sensación general de claustrofobia y estar rodeados de preocupaciones: “*Es como vivir en una caja, y la caja cada día se hace más y más pequeña*”⁷⁹.

Debido a la naturaleza repentina de sus estados de ansiedad, viven en alerta constante, incapaces de predecir cuándo se apoderará de ellos la ansiedad. En consecuencia, pueden sentirse diferentes de sus compañeros (“*como un bicho raro*”⁸²), y están convencidos de que los demás no pueden entender su experiencia (“*Obviamente no lo entenderán*”⁸¹). Al mismo tiempo, la atención de los demás puede amplificar sus sentimientos de vergüenza: “*Simplemente atrae la atención sobre ti, y tú no quieres atención*”⁸¹.

Por este motivo, los adolescentes suelen ocultar a los demás sus síntomas de ansiedad. No hacerlo puede aumentar aún más su falta de control: “*Mientras intentas controlar un ataque de pánico, también intentas aparentar que no lo estás teniendo porque no quieres que la gente te juzgue, e incluso después te avergüenzas porque todo el mundo te ha visto enloquecer*”⁸¹.

La experiencia subjetiva interna de los trastornos de la conducta alimentaria

Controlar la comida para controlarse a uno mismo

Los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria suelen manifestar sentirse abrumados por emociones intensas y perturbadoras que luchan por controlar. Esta experiencia abarca muchos aspectos de sus vidas: “*Siento que diferentes áreas de mi vida están fuera de control, y no soy feliz en otras áreas de mi vida, por lo que busco otra forma de sentir que tengo el control, de sentir felicidad*”⁸⁴. Normalmente controlan su ingesta de alimentos y peso corporal como medio para recuperar el sentido de agencia sobre sus vidas (“*Una forma de garantizar el control es a través de la comida, del peso, del ejercicio*”⁸⁴) y para acallar sus sentimientos internos (“*Cuando experimento un torbellino violento e incontrolable de miedo e ira, abro la nevera y consumo todo lo que encuentro... la sensación de mi estómago estallando me produce una sensación de relajación*”, comunicación personal).

Su control disfuncional de la comida es necesario para evitar sentimientos desconocidos o abrumadores, ya que aporta una sensación de seguridad en sus vidas: “*Esto es seguro porque me resulta familiar, sé cómo me siento, no hay emociones que no conozca*”⁸⁵. Sin embargo, el control de los alimentos a menudo aísla a los adolescentes del resto del mundo vivido, provocando sentimientos de desapego de la realidad: “*Sientes que no estás al tanto... sí, sientes que te lo estás perdiendo... porque la vida sigue sin ti*”⁸⁶.

Buscando desesperadamente una identidad idealizada

Los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria suelen esforzarse por conseguir una imagen idealizada de sí mismos, originada por profundos sentimientos de inadecuación. Incluso

los pequeños detalles son escudriñados mientras se esfuerzan por alcanzar un ideal inalcanzable e irreal e intentan desesperadamente recuperar su identidad: “*Ojalá tuviera su cuerpo*”; “*Mira sus piernas, ojalá las mías fueran así*” (comunicación personal). Su sentimiento de inadecuación se expresa intensamente a través de una búsqueda constante de reconocimiento y una necesidad de definirse a sí mismos como si la composición de su identidad fuera una tarea interminable.

Esta experiencia es tan penetrante que pueden llegar a identificarse con su trastorno de la conducta alimentaria para ser alguien o para establecer un sentido de identidad: “*Al principio, el trastorno de la conducta alimentaria se apoderaba de mí porque no era consciente de ello*”⁸⁷. En otros casos, el trastorno puede percibirse como un aspecto externo o inauténtico de su identidad, “personificado” como una “voz” interior: “*Si estoy comiendo, es como (si escuchara una voz que me dijera): ‘¿realmente deberías hacer eso?’ y ‘no hagas eso, vas a tener que ponerte enferma’*”⁸⁵.

La relación entre el yo y el trastorno de la conducta alimentaria cambia dinámicamente con el tiempo: “*Es una parte inauténtica porque no soy yo... pero con el tiempo, se ha ido acercando más a mí*”⁸⁷.

La experiencia subjetiva interna de los trastornos externalizantes

Sentirse como una botella llena de rabia

Los adolescentes con trastornos externalizantes suelen experimentar una ira muy intensa, que no son capaces de comprender, y que se impone a cualquier otra emoción: “*Cuando me enfado... todo sucede rápido... Estaba muy fuera de control. Me enfadaba muy rápido y muy mal*”⁸⁸. Los arrebatos y la falta de control dominan sus vidas, hasta el punto de tener miedo de su propio comportamiento: “*Me vuelvo loco. Me asusto a mí mismo. Mi estado emocional es inestable*”⁸⁸.

Esta falta de autorregulación se experimenta con frecuencia como un comportamiento impulsivo, que dificulta su capacidad para considerar las consecuencias negativas: “*Siempre me apresuro a actuar sin tener en cuenta las consecuencias*”⁸⁹.

Los adolescentes con trastornos externalizantes pueden tener dificultades para tolerar la frustración, lo que alimenta aún más su ira: “*Cuando las cosas no salen como yo quiero, hago lo que me da la gana*”⁹⁰. También pueden sentirse vulnerables a las críticas y los consejos, lo que da lugar a frecuentes discusiones y enfrentamientos: “*Cuando mi amigo me aconsejó que no hiciera cosas malas, no le hice caso, y empezamos a discutir*”⁹¹.

Sentirse incomprendido y rechazado

Los adolescentes con trastornos externalizantes suelen sentirse incomprendidos y presionados por los adultos. Esto amplifica su sentimiento de frustración e intensifica su ira, que puede expresarse violentamente en actos fuera de control: “*(Mi madre) siempre está diciendo cosas terribles y que todo es culpa mía... Eso no me gusta. Tienen que entender que tienes problemas*”⁹².

A menudo afirman tener malas relaciones con sus padres, que pueden considerarlos incapaces, lo que desencadena aún más sus arrebatos: “*Mi padre cree que no puedo hacer nada; cuando quise reparar una olla o un encendedor, los cogió y me dijo dámelo que no puedes hacerlo, así que los destrucé*”⁹¹.

La falta de comprensión familiar suele percibirse como un rechazo insuperable, lo que fomenta emociones demasiado intensas y complejas para manejarlas al margen de arrebatos verbales o físicos y comportamientos desviados: *“Estoy estresado. A veces no voy a casa, sino que me quedo en casa de mi amigo tomando drogas solo para aliviar el estrés. Esto lo paso en casa porque mis padres son muy estrictos y duros conmigo”*⁸⁹.

La experiencia subjetiva interna de las conductas autolesivas

Transformar el dolor psíquico en físico para controlarlo

Los adolescentes que manifiestan conductas autolesivas describen a menudo una necesidad de hacer más tolerable el dolor psíquico, convirtiéndolo en dolor físico: *“Me distrae de otro tipo de dolor, como el dolor interior, la forma en que me siento. Por tanto, lo sobrepasa y me olvido del otro tipo de dolor”*⁹³. Esto se asocia con la impresión de controlar mejor los estados afectivos y modularlos mediante el dolor físico⁹⁴.

En otros casos, sienten la necesidad de superar un entumecimiento psíquico indefinido y percibir dolor para sentirse vivos: *“Lo hago para sentir dolor, para recordarme a mí mismo que todavía puedo sentir dolor porque en este momento no siento nada. Me siento entumecido, y es la única forma que tengo de recordarme a mí mismo que sigo aquí, que sigo vivo, al ver la sangre”*⁹³.

Las autolesiones pueden percibirse como una forma de protección frente a comportamientos aún más graves (*“Creo que es una forma de cuidarte, porque creo que, en cierto modo, las autolesiones también evitan que pienses en el suicidio”*⁹³) o como una forma de poner orden en un caos mental incontrolable (*“Las autolesiones recogen esos sentimientos. Entonces pasan muchas cosas dolorosas, y no puedes entenderlo... simplemente sentir tantas cosas a la vez, es como una tormenta - es mucho más fácil recogerlo todo en un solo dolor físico”*⁹⁵).

Por lo tanto, las conductas autolesivas pueden ir acompañadas de una intensa sensación de alivio: *“Mi cuerpo lo sabe; tengo ese deseo, es como si no parara hasta que me hago daño”*⁹³; *“Sería un alivio básicamente de todo lo que estaba pasando; el estrés”*⁹⁴.

Las conductas autolesivas también pueden convertirse en una de las pocas experiencias estables en la vida de los adolescentes, mientras todo lo demás cambia constantemente, y, por lo tanto, se asocian a la confianza de tener algo con lo que pueden contar: *“Lo hacía cuando no podía hacer otra cosa. Era algo en lo que podía confiar”*⁹⁵.

Sin embargo, en otros casos, las autolesiones pueden indicar en realidad un deseo de autocastigo: *“Me pongo triste y siento la presión de hacerme daño. Debo hacerlo porque, en cierto modo, me he portado mal”*⁹⁵; *“Me digo a mí mismo que soy una decepción y necesito ser castigado por ello, así que ‘por este error necesitas ser castigado’ y lo acepto”*⁹⁶.

Gritos de auxilio sin palabras

Las conductas autolesivas también pueden representar un grito implícito de ayuda en el contexto de dificultades expresivas y de comunicación: *“Cuando lo hacía para llamar la atención, era porque no sabía cómo conseguir ayuda”*⁹⁷. Estos comportamientos tienen como objetivo conseguir apoyo: *“La gente debería interesarse*

*por lo que hay detrás de las autolesiones. Utilizo las autolesiones para que alguien se preocupe”*⁹⁵.

Sin embargo, las autolesiones suelen realizarse en secreto por miedo al rechazo o al juicio negativo de los demás: *“Las personas que se autolesionan suelen hacer todo lo posible por ocultar el daño. Es algo personal y no quieren ser juzgados por ello”*⁹⁷. Así, varios adolescentes que se autolesionan no aceptan la idea de que pueda representar una estrategia de “búsqueda de atención”, reiterando la naturaleza auténtica de su sufrimiento mental: *“Las personas que se autolesionan expresan un profundo dolor. El dolor es real”*⁹⁷.

LA EXPERIENCIA VIVIDA POR ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES EN LA SOCIEDAD EN GENERAL

Esta sección explora la experiencia vivida por adolescentes con un trastorno mental en la sociedad en general y analiza tres temas narrativos generales de esta dimensión interpersonal: a) la experiencia en la familia, b) la experiencia en la escuela y entre compañeros, y c) la experiencia en el contexto social y cultural. En el caso de a) y c), también se aborda la perspectiva de los padres.

La experiencia en la familia

Sufrir una dolorosa falta de comprensión

El sufrimiento subjetivo de los adolescentes se ve potenciado por la falta de comprensión o reconocimiento de su trastorno mental por parte de los padres^{98,99}: *“Lo primero que sintieron (los padres) fue algo así como ‘esto no es una enfermedad real’, ‘no deberían hablarnos de esto...’ Sentí que me querían esconder debajo de la alfombra”* (comunicación personal). Puede que no se sientan aceptados por quienes son con el trastorno existente, luchando por cumplir las expectativas de sus padres: *“Mi padre dice cosas como ‘No te crié para que estuvieras triste, te crié para que fueras fuerte, porque esto es propio de una persona débil’”*⁵¹. A veces tienen que recurrir a medidas drásticas para convencer a sus padres de que reconozcan y acepten su sufrimiento mental: *“Tuve que llevarme literalmente a un hospital psiquiátrico para que mi madre me escuchara”* (comunicación personal).

Dado que la identidad de los adolescentes es especialmente frágil, es esencial que su cuidador inmediato reconozca plenamente su trastorno mental y las necesidades asociadas^{36,42,100}: *“Supongo que estaría bien que me consolaran, pero lo único que me dijeron fue ‘tómalo con calma’”*¹⁰¹. Restar importancia a la gravedad del trastorno mental no ayuda a los adolescentes a dar sentido a su sufrimiento, aumentando su confusión y desesperación: *“Lloré y le dije a mi madre que no me encontraba bien y que quería ir al psicólogo. Y entonces me dijo que no tenía que preocuparme y que no estaba deprimido”*¹⁰². Esto amplifica las percepciones internas de soledad, vergüenza y pudor: *“Les conté a mis padres que oía voces, y lo mantuvieron oculto en el colegio”* (comunicación personal).

En algunos casos, los adolescentes pueden reaccionar paradójicamente ante esta falta de comprensión ocultando su sufrimiento mental, en un intento desesperado de proteger a sus padres, que no les apoyan: *“Simplemente no quería decírselo (a mis padres) porque no quería que se preocuparan ni se sintieran culpables o algo así”*⁵³.

Por otro lado, los padres que reconocen la existencia y gravedad de un trastorno mental, pero insisten agresivamente en enfoques

terapéuticos pueden provocar sentimientos de deshumanización: *“Mis padres no dejan de decirme que tengo que ‘arreglarme’ o ‘curarme’, y lo odio porque me hace sentir como si no fuera una persona, como si fuera como un objeto o una enfermedad”*¹⁰³.

Sentirse restablecido por una familia que lo apoya emocionalmente

Para muchos otros adolescentes, el entorno familiar puede representar en realidad uno de los entornos de mayor apoyo. La intimidad emocional de una familia comprensiva fomenta estrategias de afrontamiento vitales y positivas: *“Ahora creo que ella [la madre] ha empezado a entender. Es como si pudiéramos caminar juntos en línea recta. Ya no me siento culpable y me resulta más fácil ser honesto cuando tengo problemas”*¹⁰⁴.

El sentimiento de contar con el apoyo de la familia consolida una cálida sensación de seguridad que ayuda a los adolescentes a enfrentarse a los retos de vivir con un trastorno mental: *“Siempre que tengo un problema, ellos [los padres] me echan una mano y me ayudan a salir adelante”*⁹⁰. En el seno de una familia que les apoya, se sienten capaces de hablar libre y abiertamente sobre sus experiencias más profundas, aliviando así su sufrimiento agudo y restaurando una sensación de normalidad: *“No siempre me rindo; acudo a mi madre; es uno de los mayores apoyos de mi vida. Estamos muy, muy unidas... Voy a sentarme con ella y hablo con ella, y poco a poco se me pasa”*⁹³.

La perspectiva de los padres

Los padres suelen experimentar cambios drásticos en la relación con sus hijos enfermos: *“¿Dónde está mi hija?, porque ésa no es ella”*¹⁰⁵. La aparición de un trastorno mental obliga a los padres a redefinir la imagen que tienen de sus hijos¹⁰⁶, *“llorando al hijo que se habría desarrollado normalmente”*¹⁰⁷.

Los padres pueden expresar una dificultad cada vez mayor para conectar con el mundo interior de su hijo, debido a graves barreras de comunicación: *“No me habla”*¹⁰⁸; *“Ya no quiere participar en ninguna cosa de la familia”*¹⁰⁵. En consecuencia, experimentan una marcada sensación de pérdida¹⁰⁵.

Los padres deben *“aprender a ser padres de una forma completamente diferente”*^{109,110}, a menudo negociando un nuevo equilibrio entre las funciones materna y paterna¹⁰⁷ y estableciendo nuevas normas parentales¹¹¹. Esto puede incluir *“dejar que [el hijo] se salga con la suya en cosas que probablemente no habría hecho antes”*¹⁰⁸. Se trata de un proceso duro e impredecible de ensayo y error, que a menudo provoca frustración y sentimientos de impotencia: *“Cambié el enfoque y traté de presionar un poco más y en ciertas áreas, y entonces eso no pareció funcionar y luego, no sé cuál es la mejor manera”*¹⁰⁵. Además, los padres pueden sentir la apremiante responsabilidad de preservar el equilibrio emocional de sus hijos en la medida de lo posible¹⁰⁸.

La experiencia en la escuela y entre compañeros

Percibir la escuela como un amplificador de las diferencias

Los adolescentes con un trastorno mental suelen percibir la escuela como un entorno fundamental pero precario. Cuando se

comparan con sus compañeros, se sienten profundamente diferentes: *“Ves a otras personas... que no están asustadas ni ansiosas ni deprimidas, te sientes como ‘¿por qué no puedo ser yo más así?’”*¹¹².

Con frecuencia, se sienten obligados a ocultar sus verdaderos sentimientos a sus compañeros: *“No podía mostrárselo a nadie porque nunca hablaba con mis amigos de mis sentimientos”*⁵³. Esto los separa del entorno social que les rodea, lo que les provoca profundos sentimientos de soledad e incompreensión: *“Te sientes bastante solo cuando creces con este tipo de cosas, porque no hay nadie que las entienda”*¹¹².

La vitalidad y diversión que normalmente caracterizan el entorno escolar se desvanecen, sustituidas por sentimientos de exclusión y derrota: *“Porque se supone que los adolescentes tienen que divertirse y pasar el rato con los amigos en las fiestas, pero a mí como que nunca me apetece hacer nada, y ojalá pudiera disfrutar de las cosas como antes”*⁹⁰.

Las relaciones negativas con los profesores pueden exacerbar aún más la profunda experiencia de soledad y de ser diferente: *“(Los profesores) me tratan como a un lindo gato. Nos tratan como si no fuéramos humanos, como si fuéramos menos”*⁷⁴. Cualquier intento de los profesores de apoyar al individuo también puede experimentarse como una confirmación directa de su ineptitud personal en comparación con sus compañeros: *“Somos diferentes, eso es un hecho, pero nos tratan como si lo fuéramos. Como si fuéramos más diferentes a otras personas de lo que realmente somos”*⁷⁴.

Acoso por parte de compañeros y profesores

Los adolescentes con trastornos mentales suelen sufrir acoso grave¹¹³, lo que compromete aún más su confianza en sí mismos y su confianza interpersonal: *“Les gustaba hacerme daño, verme sufrir”*¹¹⁴. Debido a las experiencias de acoso, pueden sentir una profunda vergüenza y retraimiento en la escuela: *“Yo y un grupo de otros niños tuvimos que bajar a la hora del almuerzo para tomar (Ritalin), y fue un poco embarazoso... la gente me veía como el niño con TDAH, y lo veían como algo malo”*¹¹⁵.

El mundo de los compañeros se convierte en un lugar peligroso y poco acogedor en el que deben estar en guardia: *“Soy bastante desconfiado, al menos más que antes, siempre un poco aprensivo sobre quiénes son las personas, su personalidad, lo que realmente piensan”*¹¹⁴. La experiencia subjetiva de ser acosado puede ser tan dramática que puede sentirse completamente rechazado, perdiendo el sentido de pertenencia (*“Me sentí rechazado. No le caía bien a nadie; no le caía bien a ninguno de mis profesores”*⁹⁰) y, finalmente, alejarse de las amistades y la interacción social (*“Tengo miedo de que mis amigos le digan a otras personas lo que les cuento”, comunicación personal*).

Al mismo tiempo, siguen anhelando la amistad vital y la pertenencia social. Para superar esta situación, pueden recurrir a una aceptación pasiva del acoso: *“No me gustaría dejar de ser amigo de ellos porque no tengo amigos, así que me limito a sufrirlo”*¹¹⁵. A veces, la experiencia de ser acosado se transforma en autcul-pabilización, para dar sentido a la confusión interna y al dolor que provocan las relaciones disfuncionales: *“Solía pensar que era culpa mía si mis amigos me maltrataban”*¹⁰⁴; *“No intentaba realmente ser amigo de nadie porque no confiaba en mí mismo para hacer buenos amigos”*¹¹⁵.

En otros casos, los adolescentes con un trastorno mental pueden sufrir la falta de comprensión de sus profesores (*“Todo se reduce a una falta de entendimiento. Sentía que los profesores no sabían*

cómo responder a las personas con trastornos mentales”, comunicación personal), o incluso acoso (“Un día (el profesor) me dijo que iba a suspender y que era un gran fracaso y que nunca iba a llegar a nada... delante de toda la clase”¹⁰³).

Experimentar a los compañeros como un apoyo vital

Para muchos adolescentes con un trastorno mental, sin embargo, los compañeros pueden representar un recurso importante y positivo. Sentirse aceptado por los amigos se describe como desestigmatizante, y permite al individuo recuperar una sensación de normalidad (“Se lo conté a mis amigos íntimos. Ellos simplemente dijeron: “¿Y qué?”, y lo vieron como un resfriado, no como una enfermedad”¹¹⁶), y disipar los sentimientos de vergüenza e inadecuación (“Ellos no se avergonzaban de ello, así que yo empecé a no avergonzarme tampoco”¹¹⁶).

En particular, estar con amigos que comparten un trastorno mental se percibe como extremadamente beneficioso para superar el aislamiento social¹¹⁷ (“No soy el único que pasa por esto”, comunicación personal), comunicar experiencias personales (“Mis amigos y yo nos reunimos y hablamos de nuestras experiencias”, comunicación personal), expresar libremente emociones complejas (“Nos sentimos liberados; sacar todo nuestro odio, toda nuestra rabia, siento bien”¹¹⁴) y mejorar su autoestima (“Compartimos muchos sentimientos similares sobre las cosas y simplemente puedo ser yo mismo”¹¹⁵).

La comprensión de los compañeros también puede aliviar su sufrimiento subjetivo: “Cuando siento que empiezo a ponerme ansioso en el colegio... puedo decirle a un amigo: ‘Ahora mismo no me encuentro nada bien’”¹⁰⁴.

La experiencia en el contexto social y cultural

Sentirse inadecuado ante las normas y valores sociales

Los adolescentes con un trastorno mental pueden sentirse inadecuados en relación con las normas y valores de su contexto sociocultural. Por ejemplo, pueden sentirse anormales e incluso peligrosos debido a las creencias socialmente asociadas a los trastornos mentales: “Como si por tener una enfermedad mental, no eres normal, no puedes llevar una vida normal... Piensan que se van a contagiar”¹¹⁸.

Otros pueden sentirse inadecuados porque perciben su trastorno mental como un obstáculo para alcanzar los estándares sociales de una buena vida: “Me pregunto mucho sobre mi futuro, cómo desenvolverme en la escuela, si conseguiré una buena profesión y si alcanzaré mis sueños en lugar de dejarlos a medias”⁵⁰. Para seguir el ritmo de las presiones externas y las expectativas sociales, pueden adoptar una concepción rígida de lo que deben ser, silenciando sus necesidades de salud mental: “Como adolescente, acabas adoptando una visión muy estrecha de ti mismo y del mundo cuando los resultados académicos, forjarse una carrera y otros logros externos similares se sitúan por encima del bienestar mental” (comunicación personal).

A veces, el estrés asociado al rendimiento escolar y al esfuerzo por tener éxito social agota su ya frágil reserva mental: “Tengo que ser el mejor de mi clase. Soy un deportista de élite, hago deporte al más alto nivel. Es tanta la presión y las expectativas y... tengo que estar preparado para ir a una fiesta y estar con mis amigos.... ¡es tanto!”⁹⁵.

Sentirse estigmatizado o apoyado por las redes sociales

La mayoría de adolescentes con un trastorno mental afirman utilizar las redes sociales con regularidad como forma de interactuar con su mundo social: “(Las redes sociales) te mantienen al día de la vida cotidiana de tus amigos y famosos. Y de las cosas populares que están pasando”¹¹⁹. Experimentan efectos tanto negativos como positivos de las redes sociales en su salud mental.

Por ejemplo, las redes sociales aumentan las comparaciones de su vida de sufrimiento con los relatos aparentemente felices y exitosos de sus compañeros^{119,120}: “Una cosa que ha tenido impacto en mi salud mental es entrar en las redes sociales cuando me siento deprimido, y ves todos esos posts de gente con una vida mejor, y sabes que tú no estás en ese lugar. Ojalá mi vida fuera así” (comunicación personal).

Otra experiencia negativa es el lenguaje profundamente estigmatizador, ofensivo e insensible que pueden percibir en las redes sociales (“Me llamarán loco”⁵¹), sobre todo si su vida cotidiana queda expuesta: “Las redes sociales son fácilmente accesibles. El problema es que se pueden ver todo el día, todos los días. Piensa en la cantidad de malas experiencias y comentarios mezquinos que verías al navegar” (comunicación personal).

Una experiencia negativa común relacionada con las redes sociales es la presión por estar constantemente activo online debido al miedo a “perderse algo”: “Si no la tuviera (la plataforma de las redes sociales), pienso en todas las cosas que no vería ni sabría... hay tanta presión por tenerla y, una vez que la tienes, básicamente te quedas atrapado... sientes que estás atrapado”¹²⁰. Esto suele estar relacionado con el miedo a compartir información personal, perder privacidad y reforzar pensamientos negativos^{119,120}.

Sin embargo, las redes sociales también pueden percibirse como un recurso de apoyo para restablecer algunas redes sociales vitales y un sentimiento de pertenencia a una comunidad: “Hay comunidades de personas con enfermedad mental, donde la gente comparte sus experiencias... así que, por mi parte, ha sido una experiencia positiva” (comunicación personal).

Las redes sociales pueden convertirse en una forma de compartir experiencias de malestar entre diferentes comunidades, aliviando así la sensación de aislamiento y soledad: “Me resulta difícil hablar con la gente y las redes sociales simplemente me ayudan porque puedo contactar con ciertas personas que sé que me apoyarán en diferentes cosas, aunque estén lejos de mí”¹²¹.

En algunos casos, las redes sociales pueden representar el único apoyo positivo recibido: “La mayor parte de mi sistema de apoyo ha venido de las redes sociales” (comunicación personal). También pueden funcionar como un poderoso medio de alfabetización, que permite a los adolescentes obtener información adaptada y empoderamiento: “He aprendido más sobre salud mental en internet” (comunicación personal).

La perspectiva de los padres

Los padres pueden experimentar un gran sufrimiento por el estigma ambiental dirigido hacia sus hijos: “Me dolió... que otros padres le dijeran a su hijo ‘no juegues con él’”¹²². Los padres pueden sentirse “angustiados” por el sufrimiento mental de sus hijos¹⁰⁸, y al mismo tiempo sentirse impotentes^{105,106,108} al no tener “las armas adecuadas” para enfrentarse al trastorno mental¹²³. Cuidar de un hijo con un trastorno mental se experimenta como “mental... y físicamente agotador”¹⁰⁵. Con frecuencia, los padres se sienten

“solos, ya que nadie les entiende”¹²⁴ y prefieren “guardárselo todo” para ellos^{125,126}.

A veces, los padres dicen ser víctimas indirectas de las experiencias de acoso sufridas por sus hijos: “Eso te molesta como padre cuando sabes que tu hijo está siendo acosado o criticado”¹²². Pueden sentirse especialmente frustrados y culpables porque se sienten incapaces de proteger a sus hijos vulnerables del acoso: “Una parte de ti (es) incapaz de soportar estar con ese niño”¹²². Al mismo tiempo, los padres pueden percibirse a sí mismos como blanco directo del estigma, siendo acusados de ser “padres inadecuados”¹²² (“Siempre siento que me juzgan como padre... que no estoy haciendo lo correcto, ni criando a mi hijo de la manera correcta”¹²²), o de ser “evitados”¹²².

La combinación de estigma y experiencias de acoso pueden mermar su autoestima y hacer que se sientan constantemente juzgados como malos padres¹²². La etiqueta de mal padre y el estigma pueden darse no solo en la comunidad, sino también dentro de la familia de origen: “La familia cercana me decía... que yo había creado el problema”¹²².

Sea cual sea el origen, el estigma se percibe inevitablemente como una carga (“Hizo todo más difícil”¹²²), y los padres pueden acabar reduciendo los contactos sociales (“Me preguntan... mis amigos, pero intento evitarlo, solo porque siento que tengo ese estigma de que piensan que soy una mala madre”¹²²). Es posible que no se sientan bienvenidos en la escuela y que se retiren de eventos colaborativos y sociales: “Tengo opiniones y quiero contribuir a las cosas, (pero) siento que no puedo sumarme porque tengo un hijo difícil”¹²².

Bajo estas intensas presiones, los padres también pueden intentar desesperadamente “educar a esas personas”¹²² y “corregirlas a ellas y a su ‘ignorancia’”¹²², convirtiéndose en defensores de las necesidades de sus hijos y, de este modo, sintiéndose seguros de ser buenos padres¹²². Además, muchos padres experimentan un papel de apoyo esencial de la familia de origen¹⁰⁷, o de otras familias con los mismos problemas, que puede ayudar a “poner (las dificultades del niño) en perspectiva”¹⁰⁷.

LA EXPERIENCIA VIVIDA POR ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES AL RECIBIR ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Esta sección explora la experiencia vivida al recibir atención de salud mental en adolescentes con trastorno mental. Describimos estas experiencias subjetivas a través de siete temas narrativos generales: a) la experiencia de recibir un diagnóstico de trastorno mental, b) la experiencia de acceder al apoyo en salud mental, c) la experiencia de recibir tratamiento psicofarmacológico, d) la experiencia de recibir psicoterapia, e) la experiencia del apoyo entre iguales y el activismo en salud mental, y f) la experiencia subjetiva de recuperación. Para a) y b), también abordamos la perspectiva de los padres.

La experiencia de recibir un diagnóstico de trastorno mental

Experimentar una amenaza a la propia identidad: sorpresa, negación, vergüenza y secretismo

Para los adolescentes, recibir un diagnóstico de trastorno mental es un tema muy delicado en un periodo en el que la identidad se

está definiendo constantemente: “[El diagnóstico] se convirtió en lo que me definía. Era lo único que veía en mí, y todo giraba en torno a eso”¹²⁷. A menudo describen un impacto negativo en su identidad; en concreto, un sentimiento de sorpresa e incredulidad: “Me sorprendió y... creo que me puso tenso porque nunca había pensado en algo así”⁵¹. En varios casos, muestran un fuerte rechazo y negación: “No, no puedo ser bipolar. Simplemente ese no soy yo. No quiero serlo”¹¹⁶.

La negación suele ir acompañada del deseo de ser como los jóvenes “normales”: “No quiero ser bipolar. Quiero ser normal... Estoy triste. ¿Por qué soy así? ¿Por qué me ha tenido que pasar a mí?”¹¹⁶. A menudo surge un intenso sentimiento de vergüenza: “Me avergoncé porque no quiero ser bipolar. ¿Quién quiere?”¹²⁸. La intensidad de la vergüenza amplifica el incómodo sentimiento de ser diferente: “Tenía algo [un diagnóstico de trastorno mental] como si algo estuviera mal en mí. Era diferente. Que era un marginado”¹²⁸. La vergüenza, a su vez, puede llevar a los adolescentes a ocultar su frágil estado: “No me gusta que los demás lo sepan. Porque no es de su incumbencia, simplemente no quiero que lo sepan”¹¹⁶.

A veces, la negación del diagnóstico conduce a una cascada de decisiones y comportamientos que retrasan el acceso a la atención de salud mental. En este contexto, el papel de los profesionales de la salud a la hora de comunicar el diagnóstico de forma adecuada y sensible tiene vital importancia, ya que de lo contrario puede provocar confusión y malentendidos. Por ejemplo, muchos jóvenes señalan la falta de información y explicaciones claras sobre las implicaciones de su diagnóstico: “Me dijeron que tenía esquizofrenia... pero yo no sabía lo que era la esquizofrenia; no conocía esa enfermedad”¹⁰⁶.

Encontrar un contenedor para el sufrimiento personal

En varios casos, el diagnóstico de un trastorno mental viene precedido por un largo período de dificultades y sufrimiento personal, que a menudo se remonta a la primera infancia. Como tal, el diagnóstico puede ser bienvenido como un contenedor significativo de los problemas que se presentan (“Me lo tomé bien porque siempre supe que había algo diferente en mí”, comunicación personal), o como una forma de aliviar el sufrimiento (“[Recibir el diagnóstico] fue algo reconfortante”¹²⁷).

La aceptación del diagnóstico se ve facilitada por una comunicación adecuada e integral con los profesionales de la salud: “Me diagnosticó un psiquiatra. Me dio suficiente información para entenderlo..., y me cambió la vida. Era información nueva, pero me la explicó de forma que pudiera entenderla” (comunicación personal).

La perspectiva de los padres

A menudo, los padres experimentan el diagnóstico de trastorno mental de sus hijos como “un shock”¹⁰⁶, “un terremoto”¹⁰⁶ o “como si les dieran un puñetazo en el estómago”¹²⁹. Los signos de las dificultades de sus hijos pueden ser “pequeñas cosas extrañas” difíciles de percibir⁵⁶. A veces, las personas externas (p. ej., el personal del colegio) son las primeras en llamar la atención de los padres sobre estos problemas iniciales¹⁰⁸. En otros casos, los padres “ni se imaginaban que se trataba de un problema médico”⁵⁶ atribuyendo las primeras anomalías al comportamiento adolescente¹⁰⁸: “una extensión de su personalidad, solo que un poco exagerada”⁵⁶.

En otros casos, los padres reconocen los problemas y se sienten “preparados para... el diagnóstico”¹²⁹, pero esperan mucho tiempo antes de acudir a los profesionales: “Lo aguantas durante mucho tiempo, y llega un momento en que te vienes abajo... cuando acudes a los servicios de salud mental; has esperado hasta el último minuto”¹³⁰. El diagnóstico puede percibirse como un alivio¹²⁹, que permite a los padres dar sentido a las cosas y “tener una razón para todo”¹⁰⁹. Los padres pueden sentirse reconfortados por el hecho de que la comprensión de su hijo por parte de los profesionales “coincide con lo que ellos vieron” en casa¹²⁹, y sienten que la información recibida junto con el diagnóstico “ha sido útil para explicárselo al resto de la familia, porque intentar expresarlo con palabras y conseguir que lo entiendan... esa es la parte más difícil”¹²⁹.

Los padres pueden buscar desesperadamente factores causales externos subyacentes al diagnóstico: “los dictados de la sociedad actual”¹²³, “el contexto social”¹²³, “nuestro sistema educativo”¹⁰⁵ y los medios de comunicación (“televisión..., redes sociales... les llevan a verse a sí mismos diferentes del mundo”¹²³). Alternativamente, los padres pueden buscar causas internas, orgánicas o psicológicas: “un desequilibrio químico”¹²³, una fase hormonal de la adolescencia¹²³, “el carácter”¹²³, “la pérdida de confianza en uno mismo”¹⁰⁵.

Dadas las inciertas vías causales de la mayoría de los trastornos mentales, los padres suelen tener dificultades para identificar una causa establecida, y pueden acabar culpándose a sí mismos, considerando que el trastorno es genético^{123,131} o consecuencia de la exposición a su comportamiento^{105,108}: “¿Es algo que hice... cuando estaba embarazada, o durante mis años de juventud?”; “¿Qué podría haber hecho para evitarlo?”¹²². Un sentimiento de culpa suele acompañar a la elaboración del diagnóstico por parte de los padres (“Siempre me culparé por ello”¹²²), llevándolos a cuestionar sus habilidades como padres^{122,132} (“Quizá porque no supimos criar bien a un niño”¹²⁵).

Debido a estas preocupaciones, los padres pueden ocultar o restar importancia al diagnóstico de trastorno mental en sus hijos: “Puede acceder a los servicios... y la gente... puede hacer adaptaciones para él, pero... ¿se le va a tratar de forma diferente?”⁷⁴. Pueden decidir ocultarlo porque “la palabra mental en nuestra comunidad es muy inaceptable”¹³¹ y para evitar que sus hijos sean “marcados” en el colegio⁷⁴, o incluso matriculados en clases especiales para discapacitados^{107,133}.

La experiencia de acceder a ayuda de salud mental

Superar barreras emocionales

La dificultad para aceptar el diagnóstico de un trastorno mental representa con frecuencia la primera barrera para recibir ayuda: “No aceptaba lo que tenía y no quería ninguna medicina”¹²⁸. Además, muchos adolescentes, una vez que han reconocido su fragilidad mental, describen una serie de barreras emocionales que dificultan el inicio del proceso de tratamiento.

La principal dificultad para buscar ayuda está relacionada con la vergüenza y el retraimiento: “A veces me da vergüenza hablar con otra persona”⁵⁴. Para algunos adolescentes, compartir su sufrimiento es como añadir más, porque aumenta su sensación de fragilidad: “Compartir... es difícil porque me siento vulnerable y... un poco desnudo... me siento estúpido y avergonzado”⁹⁵.

Algunos jóvenes manifiestan una serie de temores, entre ellos el miedo a la violación de la intimidad (“Si la gente oye cosas y ve

cosas, lo comentará con alguien y eventualmente se acabará extendiendo”¹³⁴), a no ser comprendidos (“No quiero que la gente diga, oh, quiere llamar la atención”¹³⁵), o a ser juzgados (“Tenía miedo de contar cómo me sentía... porque pensaba que me juzgarían”¹³⁵).

Superar barreras estructurales

Los adolescentes también pueden experimentar el acceso a la atención de salud mental como una carrera de obstáculos, debido a un sistema lento con largas listas de espera (“Sentí que tenía que hacer algo para entrar aquí bastante rápido porque hay mucha demanda de estos servicios. Sino, seis meses de lista de espera”¹¹⁸), o un sistema de atención demasiado complicado y con el que es difícil lidiar (“No saber qué servicios hay para ciertas cosas. Vas a un sitio y luego oh no, aquí no cubrimos eso, así que vete a este otro lugar”¹³⁴).

Además, el acceso a la atención de salud mental no es fácilmente asequible para adolescentes de muchas zonas desfavorecidas: “En Kenia, acceder a los servicios de salud mental es bastante caro, así que surgió la cuestión de ‘¿voy a conseguir dinero?, ¿podré ver a un psiquiatra?’” (comunicación personal).

Sentirse acogido, escuchado y animado

Para muchos otros adolescentes, recibir atención de salud mental es una experiencia muy positiva: “Creo que aquí es genial. Probablemente es la mejor atención que he recibido desde que empecé mi enfermedad. Si tengo un problema, simplemente les llamo por teléfono y se lo cuento, y enseguida están ahí. Es estupendo”¹³⁶. Se sienten acogidos y saben que tienen un punto de referencia. Esto les permite gestionar mejor sus emociones negativas y sus síntomas.

El fácil acceso a la atención de salud mental les permite experimentar que no son una carga y que realmente importan: “Alguien cuida de mí... quizá soy importante después de todo”⁵³. En este contexto, la relación con los profesionales sanitarios puede ayudarles a sentir que no están siendo juzgados (“Es fácil hablar con él, no es una de esas personas prejuiciosas que no me gustan”¹³⁴); que se les escucha (“Aquella vez el médico no se rindió, sino que siguió viéndome todos los días de la semana para encontrar una solución. Para entenderme. No se limitó simplemente a seguir el protocolo de mi tratamiento”¹³⁷); y que se les anima (“Es agradable que alguien te diga que estás haciendo un buen trabajo, te hace sentir un poco más feliz”¹²⁹).

Sentirse perdido y asustado durante la transición de la adolescencia a la edad adulta

Los adolescentes que hacen la transición a la edad adulta suelen sentirse perdidos y solos debido a la división en dos niveles entre los sistemas de salud mental infantil y adulta. Una experiencia constante es la falta de información. Muchos no saben qué hacer y se sienten perdidos y asustados: “Ojalá alguien me hubiera dicho mucho antes, con mucha más antelación, lo que iba a pasar... en lugar de estar a oscuras hasta entonces”¹³⁸.

La falta de información puede generar incertidumbre y miedo a lo que pueda pasar: “Me encuentro mucho mejor, pero ¿qué pasará dentro de unos meses si no es así? ¿Qué puedo hacer? Porque no sé qué debo hacer ahora si necesito a alguien”¹³⁸; “Oh Dios, ¿qué va a pasar?”¹³⁹.

En otros casos, los adolescentes pueden experimentar profundos sentimientos de ambivalencia hacia la atención sanitaria: *“No estoy seguro de cómo me siento. En realidad, no sé lo suficiente (sobre la derivación) como para pensar mucho en ello”*¹³⁸. Además, la falta de continuidad en la atención puede dificultar el desarrollo de relaciones de ayuda cercanas y de confianza con los profesionales: *“No quieres tener que revivirlo... Revivirlo cada vez trae de nuevo el dolor... El hecho de que haya más de una persona que lo sepa es aún más aterrador... Y, luego, tener –ya sabes– dos o tres asesores nuevos en unos años acaba por destruirte”*¹³⁴.

La perspectiva de los padres

Los padres también pueden señalar barreras emocionales o estructurales y experiencias negativas en el acceso a la atención de salud mental. Frecuentemente sienten que sus preocupaciones se desestiman sin una evaluación adecuada: *“(El psiquiatra creía que nuestra hija) simplemente está enfadada y es rebelde en casa, y no es una amenaza grave para sí misma”*¹⁴⁰. Pueden temer las críticas sobre sus habilidades como padres y expresar preocupación porque les puedan quitar a sus hijos: *“Tenía miedo de que llamaran a los servicios de salud mental y (demostrarán que)... no soy capaz de cuidar de mi hijo”*¹⁴⁰. Pueden sentirse no aceptados: *“Parecía que el médico no escuchaba lo que yo decía”*¹⁰⁸. Pueden percibir falta de información y apoyo: *“Estábamos tan frustrados... La mayoría de los médicos nos dijeron que fuéramos a urgencias... Eso es muy traumatizante”*¹⁴¹.

Estas experiencias negativas pueden verse amplificadas por barreras estructurales que dificultan el acceso a los servicios de salud mental: *“Las listas de espera son larguísima, porque no hay personal suficiente y el personal está restringido por la financiación”*¹²⁶. Las complejas vías de acceso a la atención también pueden percibirse como obstáculos importantes: *“Es mucho papeleo; hay muchas cosas que una persona tiene que hacer... fue todo un reto”*¹²⁶.

Sin embargo, también hay experiencias positivas en el acceso a la atención de salud mental. Algunos padres se sienten acogidos y plenamente apoyados: *“Fue agradable que alguien se diera cuenta de sus problemas y se lo tomara en serio”*¹³⁰. También pueden referir una importante reducción del aislamiento como resultado de las experiencias positivas y tranquilizadoras con la atención de salud mental: *“(El médico) dijo que estaba bien, que ya habían visto esto antes, que no estaba solo, que había ayuda. Fue realmente reconfortante”*¹³⁰.

La experiencia de recibir tratamiento psicofarmacológico

Experimentar vergüenza y miedo a ser etiquetado o diferente

La experiencia de recibir medicación entre adolescentes con un trastorno mental es muy variable. Pueden surgir una serie de emociones y sentimientos que dificultan el tratamiento farmacológico hasta el punto de provocar un rechazo frontal: *“No quiero tomarlos para nada”*¹⁴². La vergüenza es la emoción que más contribuye al rechazo y al mal cumplimiento: *“Quiero decir, es realmente difícil... Te puede avergonzar totalmente si tienes que tomarlo delante de otras personas”*¹¹⁶. Además de la vergüenza, también está el miedo a ser juzgado y etiquetado, y a lo que puedan decir

los demás: *“Loco. Psicópata. Chiflado. Porque eso es lo que me han dicho los demás”*¹¹⁶.

Estas emociones negativas se ven reforzadas por la percepción de ser diferente cuando se prescriben tratamientos farmacológicos: *“Dejo de sentirme normal al tomar medicación. No me siento como una persona normal”*¹¹⁶. Sentirse diferente aumenta la sensación de fragilidad y aislamiento social, mientras desean ser “normales” como los demás^{116,128,143}.

Mejorar las relaciones sociales y restablecer las emociones

Por otra parte, los adolescentes también pueden describir experiencias positivas relacionadas con el tratamiento psicofarmacológico. Cuando aceptan la medicación, pueden notar sus efectos positivos en sus relaciones con familiares y amigos: *“Soy más feliz. Antes pasaba todo el tiempo en mi habitación, y ahora estoy mejor con mi familia. Paso más tiempo con ellos”*¹⁴⁴. Los agentes psicofarmacológicos también pueden considerarse esenciales para restablecer su rendimiento social en la escuela: *“Antes... no podía quedarme en clase. Ni siquiera podía asistir a una clase virtual. No quería que mi nombre apareciera allí, y estaba muy ansioso. La medicina me ha venido muy bien”*¹⁴³.

También puede existir la percepción de que la medicación mejora sus reacciones emocionales: *“Empecé a tomar medicamentos y veía a una persona totalmente distinta cuando los tomaba. Es decir, no estaba tan enfadado, y era capaz de pasármelo bien y reírme y simplemente divertirme”*¹⁴⁴. Los adolescentes también pueden referir que los antipsicóticos les ayudan a recuperar el sentido de realidad y normalidad: *“Es bueno porque definitivamente silencia cualquier tipo de rareza”*¹⁴⁵.

La experiencia de recibir psicoterapia

Experimentar una relación negativa y sentirse incomprendido

La experiencia de los adolescentes con la psicoterapia está determinada en gran medida por su relación con el terapeuta. Algunos de ellos relatan experiencias negativas relacionadas con el hecho de no sentirse comprendidos: *“Ellos [los médicos] no profundizan en los problemas, en lo que realmente te pasa, no lo hacen en absoluto... Es terrible, ¿verdad? Simplemente sentí que no intentaban comprender de verdad”*¹³⁶. En algunos casos, parece que los terapeutas minimizan el sufrimiento: *“(El doctor) piensa que mi enfermedad es infantil y que solo es una forma de llamar la atención, así que me trata como a un niño”*¹³⁶.

A veces, los adolescentes no se sienten animados a hablar de sus problemas y luchas, y tienen la sensación de que simplemente les atiborran de medicación: *“(Los médicos) se limitan simplemente a medicarte todo el tiempo cuando no te encuentras bien... no intentan que hables lo suficiente”*¹³⁶.

Sentir cercanía y seguridad

Por otro lado, los adolescentes también pueden describir experiencias positivas vinculadas a sentimientos de cercanía y seguridad con el terapeuta: *“Era cariñosa, de confianza, le contaba algo y estaba seguro de que no se lo diría a nadie”*¹⁴⁶. Estas experiencias

están especialmente relacionadas con los casos en que la psicoterapia se percibe como personalizada: *“Lo que hizo (el terapeuta) era algo que yo necesitaba, me sorprendió, pensé que solo iba a escuchar... Pero en realidad, me dio alternativas, cosas que no se me hubiesen ocurrido a mí”*¹⁴⁶.

Los adolescentes pueden apreciar especialmente la psicoterapia cuando apunta a resultados distintos de los síntomas presentes, devolviéndoles un profundo sentimiento de ser humano (*“A veces te asustas de tus sentimientos... Sin embargo, cuando otra persona está sentada ahí y te dice por qué se enfadaría si viviera esa misma situación... Es bueno saber que solo soy un ser humano”*¹⁰⁴) y de ser una persona valiosa (*“El psicólogo me trata como a una persona”*¹³⁶).

La experiencia del apoyo entre pares y el activismo en salud mental

Sanar curando

Los adolescentes sienten que compartir sus experiencias es una forma de ayudarse mutuamente y dar un nuevo significado a su frágil estado, superando el estigma. Muchos de ellos describen cómo ayudar a otros afectados por experiencias similares les hace sentir mejor y fomenta el sentido de pertenencia, al reducir la sensación de sentirse solos y abandonados: *“El apoyo entre pares ayuda a los jóvenes a sentir que pertenecen a algo, a expresarse y mejorar sus habilidades de autoayuda”* (comunicación personal). Esta experiencia compartida activa un movimiento bidireccional de beneficios, que se percibe como gratificante: *“Actualmente soy voluntaria en una investigación sobre salud mental. Me ha ayudado mucho interactuar con diferentes jóvenes que se enfrentan a diferentes problemas de salud mental, y estoy contento de poder compartir mi experiencia”* (comunicación personal).

El voluntariado se considera una experiencia muy positiva. Ayudar a los demás permite a los adolescentes sentirse útiles y valorados. Al dedicar tiempo al servicio de los demás, pueden estructurar sus vidas y rutinas diarias: *“Te ayuda a levantarte de la cama y también a hacer algo productivo, así que te ayuda con la depresión y esas cosas porque estás realmente haciendo algo y viendo a otras personas”*¹⁴⁷. También es una oportunidad de encontrar motivación para seguir adelante y empujarse a hacer algo nuevo: *“No soy el tipo de persona que simplemente tendría una conversación contigo... Tuve que hablar cuando me ofrecí voluntaria. Tuve que esforzarme mucho”*¹⁴⁷.

La experiencia subjetiva de lograr la recuperación

Flotando entre la autoaceptación y la sombra amenazadora de la recaída

La recuperación puede tener distintos significados para los adolescentes con un trastorno mental. Muchos de ellos la describen en términos de aprender a aceptarse a sí mismos: *“Para mí, recuperación significa aceptación; aceptar todo por lo que he pasado, que no es culpa mía, ser capaz de seguir con mi vida y ser productivo, ser capaz de ver la luz del sol. Poder volver a tener confianza y sonreír”* (comunicación personal); *“La recuperación es aceptar las cosas que no puedo cambiar y cambiar las cosas que puedo”* (comunicación personal).

La recuperación también puede significar separar su identidad de la etiqueta diagnóstica: *“(El diagnóstico) ya no me define y tengo habilidades que puedo utilizar para ser la mejor versión de mí mismo”*¹²⁷. También puede describirse en términos de recuperar la autonomía y llevar una vida más plena (*“La recuperación para mí significa ser capaz de vivir una vida productiva y plena... socialmente, ser capaz de relacionarme con mis amigos, ser capaz de ir a trabajar”*, comunicación personal), y reconstruir un sentido de conexión social (*“Reconstruí otra red social y me iba bien emocionalmente”*¹²⁷).

Por otro lado, la experiencia de recuperación puede fluctuar, incluyendo emociones negativas, especialmente la sombra que se cierne y el miedo a la recaída: *“Temo volver al punto de partida”*¹⁴⁸; *“(Temo) que las cosas se deterioren y acabe de nuevo aquí. Lo vería como una derrota porque has luchado durante mucho tiempo para salir y luego simplemente acabas volviendo; es como si volvieras a empezar de cero”*¹⁴⁸.

DISCUSIÓN

Este estudio describe la experiencia vivida por adolescentes con trastorno mental, abarcando tanto su sufrimiento subjetivo como sus relatos positivos. El enfoque de codiseño, codirección y core-dacción adoptado por el estudio ya se ha detallado en publicaciones anteriores^{21,22}. Este enfoque permite que afloren las experiencias personales de los trastornos mentales, minimizando la exclusión y la tergiversación de las perspectivas de las personas afectadas¹⁴⁹. En este estudio, también integramos las narrativas de padres y cuidadores, según el caso.

El estudio no aborda ninguna hipótesis de investigación específica ni si las experiencias descritas representan adecuadamente los trastornos mentales relevantes. Solo destacamos las formas centrales (paradigmáticas) en que los adolescentes experimentan su trastorno de forma subjetiva y dentro del contexto social, y su experiencia de recibir atención de salud mental. Identificamos temas y subtemas comunes que tienen varias implicaciones a nivel clínico, de investigación y social.

Un primer grupo de trastornos mentales graves, es decir, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, suelen caracterizarse por experiencias de cambio de la propia identidad personal, junto con emociones abrumadoramente intensas y una percepción distorsionada del mundo. A los adolescentes les suele resultar difícil comunicar estas experiencias y, en lugar de buscar ayuda, tienden a ocultarlas, lo que provoca un retraso en el reconocimiento de sus problemas. La evidencia convergente indica que el retraso en el reconocimiento de las dificultades de salud mental en los jóvenes con trastornos emergentes del estado de ánimo y psicóticos es un factor clave de la pérdida de oportunidades preventivas y de intervención temprana y, por tanto, de malos resultados en su edad adulta¹⁵⁰⁻¹⁵³. Esperamos que los adolescentes reconozcan sus experiencias de trastornos psicóticos y del estado de ánimo en las palabras pronunciadas por nuestros expertos por su experiencia y, al hacerlo, se sientan más inclinados a buscar ayuda y facilitar un reconocimiento temprano.

Más allá de las conductas de búsqueda de ayuda, el reconocimiento oportuno de los trastornos emergentes del estado de ánimo y psicóticos en adolescentes también se ve limitado por el uso de medidas de evaluación subóptimas que corren el riesgo de patologizar en exceso experiencias potencialmente transitorias y clínicamente irrelevantes^{154,155}. Las experiencias centrales de los

trastornos psicóticos y del estado de ánimo identificados en este estudio podrían, por lo tanto, representar un material de investigación innovador, que contribuya a adaptar la próxima generación de instrumentos de evaluación para trastornos mentales emergentes en adolescentes.

Un segundo grupo de trastornos en adolescentes (incluidos el TDAH y los trastornos del espectro autista) se caracteriza en gran medida por experiencias que giran en torno a la propia neurodiversidad. Esto puede percibirse y tratarse de diversas maneras¹⁵⁶, que hasta ahora han sido muy poco exploradas. Creemos que dar voz a estos jóvenes cuyas mentes funcionan de forma diferente a las de los demás corrige una injusticia epistémica¹⁴⁹, al tiempo que abre una nueva vía de investigación que puede ampliar potencialmente nuestra perspectiva de sus afecciones. De hecho, los jóvenes neurodivergentes se ven a menudo injustamente perjudicados como minoría social¹⁵⁷; su historia es frecuentemente desvalorizada, silenciada, ignorada, distorsionada o tergiversada¹⁵⁸.

Un tercer grupo de trastornos mentales en adolescentes comparte, de diferentes maneras, sentimientos de falta de autocontrol y alta impulsividad, descritos como experimentar el tsunami de un cuerpo ansioso, perder el control de la propia mente ansiosa y vivir en una caja cada vez más reducida e impredecible (trastornos de ansiedad); controlar la comida para controlarse a uno mismo y buscar desesperadamente una identidad idealizada (trastornos de la conducta alimentaria); sentirse como una botella llena de rabia y sentirse incomprendido y rechazado (trastornos externalizantes). Estas experiencias se caracterizan por una tensión dinámica entre el impulso de los adolescentes hacia una mayor autonomía y su vulnerabilidad a involucrarse en conductas impulsivas y fuera de control¹⁵⁹. Este contraste se asocia neurobiológicamente con cambios cerebrales en las redes cerebrales de recompensa y autorregulación, que se desequilibran debido a la maduración puberal. Mientras que las hormonas puberales sensibilizan el sistema de recompensa del cerebro, motivando al adolescente a participar en más comportamientos de búsqueda de sensaciones, la capacidad del cerebro para la autorregulación y el control inhibitorio madura más gradualmente en el transcurso de la edad adulta temprana¹⁶⁰. Este desequilibrio neurobiológico también puede explicar las frecuentes conductas autolesivas que presentan los adolescentes, a menudo descritas como la necesidad de transformar el dolor psíquico en físico para controlarlo, o de gritar pidiendo ayuda sin palabras.

Esta última petición de ayuda pone de relieve la importancia de explorar la experiencia vivida por adolescentes con un trastorno mental en la sociedad en general, otra área de investigación descuidada hasta ahora. Nuestros adolescentes describieron experiencias como sufrir una dolorosa falta de comprensión en el seno de la familia; percibir la escuela como un amplificador de diferencias, y sufrir acoso por parte de compañeros y profesores; sentirse inadecuados ante las normas y valores sociales, y sentirse estigmatizados por las redes sociales. Sin embargo, también relataron experiencias en las que se sentían emocionalmente restaurados y apoyados por la familia, percibían a los compañeros como un apoyo vital y se sentían apoyados por las redes sociales, lo que indica la naturaleza polifacética y compleja de cada trayectoria.

La interacción disfuncional entre padres e hijos, junto con la predisposición genética, se ha identificado históricamente como un mecanismo clave para la transmisión familiar de los trastornos mentales¹⁶¹, lo que pone de relieve que la salud mental de los adolescentes es en gran medida un “asunto de familia”^{161,162}. Por otro lado, el acoso por parte de compañeros y profesores es un

factor clave de victimización y estigma percibido^{163,164}, que según la experiencia de nuestros expertos “*tiene peores consecuencias que los propios trastornos mentales*”¹⁶⁵. En general, las experiencias traumáticas tempranas en adolescentes emergen como el factor de riesgo transdiagnóstico más sólido para el desarrollo de trastornos mentales más tarde en la edad adulta^{7,166}. Esperamos que nuestros hallazgos puedan servir de base a los enfoques educativos; por ejemplo, los que se centran en la formación y preparación de padres o profesores para mejorar la salud mental de los jóvenes^{167,168}, o las intervenciones contra el acoso en las escuelas¹¹³.

La experiencia vivida por adolescentes al recibir atención de salud mental también fue muy variable. Recibir un diagnóstico de trastorno mental se vivía como una amenaza a su identidad -con sentimientos de sorpresa, negación, vergüenza y secretismo- o como un contenedor útil para su sufrimiento personal. El acceso a la ayuda de salud mental supuso superar barreras emocionales y estructurales, con frecuentes sentimientos de estar perdido y asustado, especialmente durante la transición de la adolescencia a la juventud. Esperamos que esta última experiencia pueda incitar a las partes interesadas y a los responsables políticos a dar prioridad a la creación de servicios de salud mental adaptados a jóvenes¹⁶⁹⁻¹⁷¹. Estos servicios pueden evitar que muchos adolescentes caigan en las grietas de la división del sistema sanitario en dos niveles⁹.

Con respecto a la experiencia de recibir tratamientos específicos, los adolescentes describieron de forma variable sentimientos de vergüenza y miedo a ser etiquetados o diferentes, o de mejora de las relaciones sociales y restablecimiento de las emociones (cuando recibían tratamiento psicofarmacológico), y de sufrir relaciones negativas y sentirse no comprendidos, o de sentir cercanía y seguridad (cuando recibían psicoterapia). La naturaleza de estas experiencias se vio influida en gran medida por las habilidades comunicativas y las actitudes de los profesionales sanitarios. El apoyo entre iguales y el activismo en salud mental se asociaron de forma más consistente con experiencias positivas de recuperación a través de la curación, el restablecimiento de redes y un sentido de propósito. El camino de los adolescentes a través de los trastornos mentales fue en general muy variable, y su experiencia final de recuperación se caracterizó por una fluctuación impredecible entre la autoaceptación y la sombra inminente de la recaída.

Es evidente que no existe una vivencia uniforme de los distintos trastornos mentales en adolescentes, sino más bien una pluralidad de experiencias individuales. Este estudio aborda la variabilidad, complementariedad e incluso contraste de estas experiencias vividas. Consideramos agrupaciones diagnósticas amplias, porque dividir las experiencias vividas en categorías diagnósticas específicas habría hecho inviable la tarea analítica. Futuros estudios podrían centrarse mejor en constructos subdiagnósticos específicos, por ejemplo, explorando las experiencias vividas diferenciales de trastornos específicos del espectro autista como el síndrome de Asperger.

La evidencia revisada aquí ha sido extraída de forma crítica (aunque comenzamos con una cadena de búsqueda definida, como se ha indicado anteriormente). De acuerdo con nuestro protocolo y con publicaciones anteriores de esta serie²¹⁻²³, no teníamos previsto comunicar ningún dato cuantitativo.

En conclusión, este estudio es un destilado de las experiencias subjetivas de adolescentes de una amplia gama de orígenes y culturas, integrado con las perspectivas de académicos líderes en salud mental juvenil. Esperamos que este trabajo contribuya a llamar la atención de las partes interesadas y de los ciudadanos

sobre el reto de la salud mental pública de los jóvenes, ya que “la desatención de la salud mental juvenil es una forma de autolesión que la sociedad se autoinflige”^{172,173}.

Comprender la experiencia vivida de la mala salud mental entre adolescentes puede ayudarnos a abordar sus principales consecuencias en términos de menor nivel educativo, mayores costes sanitarios, abuso de sustancias, violencia, autolesiones y suicidio¹⁵². Las voces de jóvenes expertos por su experiencia presentadas en este estudio pueden ser decisivas para catalizar el diseño y aplicación de un nuevo marco de salud mental juvenil que maximice el potencial de las nuevas generaciones a nivel mundial^{174,175}.

También esperamos que los temas y subtemas detallados en este estudio puedan utilizarse para formar a los profesionales sanitarios y mejorar los conocimientos sobre salud mental de los familiares y cuidadores, reduciendo el estigma relacionado con la búsqueda de ayuda.

Esperamos que los adolescentes con problemas de salud mental de todo el mundo puedan acceder a este estudio y sentirse menos solos, aislados o estigmatizados, al reconocer su propio sufrimiento en las palabras relatadas por sus compañeros. En última instancia, esperamos que este viaje codiseñado, codirigido y coescrito nos ayude a mantener nuestro compromiso con la protección de la frágil salud mental de los adolescentes, y les ayude a desarrollarse hacia una vida adulta sana, plena y productiva.

AGRADECIMIENTOS

A. Estradé, C. Esposito, R. Rosfort, I. Basadonne, M. Mancini y G. Stanghellini han contribuido de forma equitativa en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Solmi M, Radua J, Olivola M et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 2022;27:281-95.
- World Health Organization. Adolescent health. www.who.int.
- World Health Organization. Improving the mental and brain health of children and adolescents. www.who.int.
- ten Have M, Tuijthof M, van Dorsselaer S et al. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry* 2023;22:275-85.
- Fusar-Poli P, Nelson B, Valmaggia L et al. Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophr Bull* 2014;40:120-31.
- Bora E, Pantelis C. Meta-analysis of cognitive impairment in first-episode bipolar disorder: comparison with first-episode schizophrenia and healthy controls. *Schizophr Bull* 2015;41:1095-104.
- Arango C, Dragioti E, Solmi M et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry* 2021;20:417-36.
- Uher R, Zwickler A. Etiology in psychiatry: embracing the reality of polygene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry* 2017;16:121-9.
- Arango C, Buitelaar JK, Correll CU et al. The transition from adolescence to adulthood in patients with schizophrenia: challenges, opportunities and recommendations. *Eur Neuropsychopharmacol* 2022;59:45-55.
- Fusar-Poli P. Integrated mental health services for the developmental period (0 to 25 years): a critical review of the evidence. *Front Psychiatry* 2019;10:355.
- Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry* 2017;16:251-65.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52-77.
- Opel N, Redlich R, Grotegerd D et al. Obesity and major depression: body-mass index (BMI) is associated with a severe course of disease and specific neurostructural alterations. *Psychoneuroendocrinology* 2015;51:219-26.
- Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014;13:153-60.
- Correll CU, Solmi M, Croatto G et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry* 2022;21:248-71.
- Chan JKN, Correll CU, Wong CSM et al. Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2023;65:102294.
- Power E, Hughes S, Cotter D et al. Youth mental health in the time of COVID-19. *Ir J Psychol Med* 2020;37:301-5.
- Liang L, Ren H, Cao R et al. The effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatr Q* 2020;91:841-52.
- Rosen ML, Rodman AM, Kasparek SW et al. Promoting youth mental health during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *PLoS One* 2021;16:e0255294.
- Hoffmann JA, Duffy SJ. Supporting youth mental health during the COVID-19 pandemic. *Acad Emerg Med* 2021;28:1485-7.
- Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry* 2022;21:168-88.
- Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of depression: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry* 2023;22:352-65.
- Estradé A, Onwumere J, Venables J et al. The lived experiences of family members and carers of people with psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *Psychopathology* 2023;56:371-82.
- Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N et al. Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry* 2019;18:192-207.
- Lumivero. NVivo. <https://lumivero.com/products/nvivo>.
- Fusar-Poli P, Spencer T, De Micheli A et al. Outreach and support in South-London (OASIS) 2001-2020: twenty years of early detection, prognosis and preventive care for young people at risk of psychosis. *Eur Neuropsychopharmacol* 2020;39:111-22.
- Bin K. *Écrits de psychopathologie phénoménologique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1992.
- Conrad K. Beginning schizophrenia: attempt for a Gestalt-analysis of delusion. In: Broome MR, Harland R, Owen GS et al (eds). *The Maudsley reader in phenomenological psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012:176-93.
- Kraus A. *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver. Eine existenzund rollenanalytische Untersuchung*. Stuttgart: Enke, 1977.
- Schulte W. *Nichttraurigseinkönnen im Kern melancholischen Erlebens*. *Nervenarzt* 1961;32:23-4.
- Binswanger L. *Melancholie und Manie: Phänomenologische Studien*. Pfullingen: Neske, 1960.
- Stanghellini G, Ballerini M, Presenza S et al. Abnormal time experiences in major depression: an empirical qualitative study. *Psychopathology* 2017;50:125-40.
- Stanghellini G, Mancini M. *The therapeutic interview in mental health. A values-based and person-centered approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.
- Stanghellini G, Ballerini M, Fernandez AV et al. Abnormal body phenomena in persons with major depressive disorder. *Psychopathology* 2021;54:203-13.
- Fuchs T. Melancholia as a desynchronization: towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology* 2001;34:179-86.
- Fuchs T. The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. *J Phenomenol Psychol* 2002;33:223-43.
- Fuchs T. Temporality and psychopathology. *Phenom Cogn Sci* 2013;12:75-104.
- Minkowski E. *Lived time: phenomenological and psychopathological studies*. Evanston: Northwestern University Press, 2019.
- Mishara AL, Klaus Conrad (1905-1961): delusional mood, psychosis, and beginning schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010;36:9-13.
- Mishara AL, Fusar-Poli P. The phenomenology and neurobiology of delusion formation during psychosis onset: Jaspers, Truman symptoms, and aberrant salience. *Schizophr Bull* 2013;39:278-86.
- Tatossian A. *Phénoménologie des psychoses*. Paris: Masson, 1979.
- Ricoeur P. *Oneself as another*. Chicago: University of Chicago Press, 1992.
- Hagen F. *Studien auf dem gebiete der ärztlichen seelenheilkunde*. Erlangen: Besold, 1861.
- National Institute for Health and Care Research. Payment guidance for researchers and professionals. Version 1.3. www.nihr.ac.uk.

45. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
46. Watson R, Harvey K, McCabe C et al. Understanding anhedonia: a qualitative study exploring loss of interest and pleasure in adolescent depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020;29:489-99.
47. Midgley N, Parkinson S, Holmes J et al. Beyond a diagnosis: the experience of depression among clinically-referred adolescents. *J Adolesc* 2015;44:269-79.
48. Woodgate RL. Living in the shadow of fear: adolescents' lived experience of depression. *J Adv Nurs* 2006;56:261-9.
49. McCann TV, Lubman DI, Clark E. The experience of young people with depression: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012;19:334-40.
50. Anttila K, Anttila M, Kurki M et al. Concerns and hopes among adolescents attending adolescent psychiatric outpatient clinics. *Child Adolesc Ment Health* 2015;20:81-8.
51. Viduani A, Benetti S, Petresco S et al. The experience of receiving a diagnosis of depression in adolescence: a pilot qualitative study in Brazil. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2022;27:598-612.
52. Sancho Ruiz AM (ed). *Piensa: guía para adolescentes y familiares que quieren entender y afrontar la psicosis*. Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red. 2015.
53. Weitkamp K, Klein E, Midgley N. The experience of depression: a qualitative study of adolescents with depression entering psychotherapy. *Glob Qual Nurs Res* 2016;3:1-12.
54. Brooks H, Windfuhr K, Irmansyah et al. Children and young people's beliefs about mental health and illness in Indonesia: a qualitative study informed by the common sense model of self-regulation. *PLoS One* 2022;17:e0263232.
55. Oliver J, Smith P, Leigh E. 'All these negative thoughts come flooding in': how young people with depression describe their experience of rumination. *Cogn Behav Ther* 2015;8:e15.
56. Cadario E, Stanton J, Nicholls P et al. A qualitative investigation of first-episode psychosis in adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2012;17:81-102.
57. Bird JC, Freeman D, Waite F. The journey of adolescent paranoia: a qualitative study with patients attending child and adolescent mental health services. *Psychol Psychother* 2022;95:508-24.
58. Brew B, Shannon C, Storey L et al. A qualitative phenomenological analysis of the subjective experience and understanding of the at risk mental state. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2017;12:1342504.
59. Braehler C, Schwannauer M. Recovering an emerging self: exploring reflective function in recovery from adolescent-onset psychosis. *Psychol Psychother* 2012;85:48-67.
60. Magula L, Lachman A, Roomaney R. Lived experiences of adolescents admitted for first-episode psychosis in South Africa. *S Afr J Psychiatr* 2023;29:1960.
61. Byrne R, Morrison AP. Young people at risk of psychosis: a user-led exploration of interpersonal relationships and communication of psychological difficulties. *Early Interv Psychiatry* 2010;4:162-8.
62. Mackrell L, Lavender T. Peer relationships in adolescents experiencing a first episode of psychosis. *J Ment Health* 2004;13:467-79.
63. Anonymous. First person account: Schizophrenia with childhood onset. *Schizophr Bull* 1994;20:587-90.
64. Herrig E. First person account: A personal experience. *Schizophr Bull* 1995;21:339-42.
65. Uttinger M, Koranyi S, Pappmeyer M et al. Early detection of psychosis: helpful or stigmatizing experience? A qualitative study. *Early Interv Psychiatry* 2018;12:66-73.
66. Bradley J. Children and teacher's perceptions of ADHD and medication. Southampton: University of Southampton, 2009.
67. Charach A, Yeung E, Volpe T et al. Exploring stimulant treatment in ADHD: narratives of young adolescents and their parents. *BMC Psychiatry* 2014;14:110.
68. Hemming GL. Understanding the experiences of students and teachers of students diagnosed with ADHD: an interpretative phenomenological analysis of the ADHD label in schools. Birmingham: University of Birmingham, 2017.
69. Rosetti CW, Henderson SJ. Lived experiences of adolescents with learning disabilities. *Qual Rep* 2015;18:1.
70. Mansfield E. Adolescent females with ADHD: an interpretive phenomenological analysis of school experience. Birmingham: University of Birmingham, 2022.
71. Walker-Noack L, Corkum P, Elik N et al. Youth perceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder and barriers to treatment. *Can J School Psychol* 2013;28:193-218.
72. Botha W, van der Westhuizen D. Illness-perception in adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder: a qualitative study. *S Afr J Psychiatr* 2023;29:2015.
73. Tesfaye R, Courchesne V, Mirenda P et al. Autism voices: perspectives of the needs, challenges, and hopes for the future of autistic youth. *Autism* 2023;27:1142-56.
74. Mesa S, Hamilton LG. "We are different, that's a fact, but they treat us like we're different": understandings of autism and adolescent identity development. *Adv Autism* 2022;8:217-31.
75. Trew S. *Family relationships and autism spectrum disorder: lived experiences of young people with autism and their families*. Sydney: Australian Catholic University, 2021.
76. Hanai F, Narama M, Tamakoshi K. The self of adolescents with autism spectrum disorder or attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative study. *J Autism Dev Disord* 2021;51:1668-77.
77. Acker L, Knight M, Knott F. 'Are they just gonna reject me?' Male adolescents with autism making sense of anxiety: an interpretative phenomenological analysis. *Res Autism Spectr Disord* 2018;56:9-20.
78. Rhodes SM, Eaton CB, Oldridge J et al. Lived experiences of depression in autistic children and adolescents: a qualitative study on child and parent perspectives. *Res Dev Disabil* 2023;138:104516.
79. Woodgate RL, Tennent P, Legras N. Understanding youth's lived experience of anxiety through metaphors: a qualitative, arts-based study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:4315.
80. Woodgate RL, Tennent P, Barriage S et al. The lived experience of anxiety and the many facets of pain: a qualitative, arts-based approach. *Can J Pain* 2020;4:6-18.
81. Baker HJ, Hollywood A, Waite P. Adolescents' lived experience of panic disorder: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Psychol* 2022;10:143.
82. Hewitt OM, Tomlin A, Waite P. The experience of panic attacks in adolescents: an interpretative phenomenological analysis study. *Emot Behav Difficult* 2021;26:240-53.
83. Woodgate RL, Tailor K, Tennent P et al. The experience of the self in Canadian youth living with anxiety: a qualitative study. *PLoS One* 2020;15:e0228193.
84. Tan JO, Hope T, Stewart A et al. Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: the views of patients and parents. *Int J Law Psychiatry* 2003;26:627-45.
85. Fox AP, Larkin M, Leung N. The personal meaning of eating disorder symptoms: an interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol* 2011;16:116-25.
86. Patel K, Tchanturia K, Harrison A. An exploration of social functioning in young people with eating disorders: a qualitative study. *PLoS One* 2016;11:e0159910.
87. Voswinkel MM, Rijkers C, van Delden JJM et al. Externalizing your eating disorder: a qualitative interview study. *J Eat Disord* 2021;9:128.
88. Papamichail A, Bates EA. "I want my mum to know that I am a good guy...": a thematic analysis of the accounts of adolescents who exhibit child-to-parent violence in the United Kingdom. *J Interpers Violence* 2022;37:NP6135-58.
89. Mary HT, Makondo D, Bhebhe S. Lived experiences of adolescent boys with conduct disorder in Manzini secondary schools, Kingdom of Eswatini. *Educ Q Rev* 2018;1:206-23.
90. Chavez L, Mir K, Canino G. Starting from scratch: the development of the Adolescent Quality of Life-Mental Health Scale (AQOL-MHS). *Cult Med Psychiatry* 2012;36:465-79.
91. Salmanian M, Ghojari-Bonab B, Alavi SS et al. Exploring the relationship difficulties of Iranian adolescents with conduct disorder: a qualitative content analysis. *Int J Adolesc Med Health* 2016;29:20150092.
92. Swerts C, De Maeyer J, Lombardi M et al. "You shouldn't look at us strangely": an exploratory study on personal perspectives on quality of life of adolescents with emotional and behavioral disorders in residential youth care. *Appl Res Qual Life* 2019;14:867-89.
93. Miller M, Redley M, Wilkinson PO. A qualitative study of understanding reasons for self-harm in adolescent girls. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:3361.
94. McAndrew S, Warne T. Hearing the voices of young people who self-harm: implications for service providers. *Int J Ment Health Nurs* 2014;23:570-9.
95. Stănicke LI. The punished self, the unknown self, and the harmed self – toward a more nuanced understanding of self-harm among adolescent girls. *Front Psychol* 2021;12:543303.
96. Čuš A, Edbrooke-Childs J, Ohmann S et al. "Smartphone apps are cool, but do they help me?": a qualitative interview study of adolescents' perspectives on using smartphone interventions to manage nonsuicidal self-injury. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:3289.
97. Chandler A. Seeking secrecy: a qualitative study of younger adolescents' accounts of self-harm. *Young* 2018;26:313-31.
98. Rochat P. *Social origins of self-consciousness*. Cambridge: Cambridge University, 2009.

99. Zahavi D. Self and other: exploring subjectivity, empathy, and shame. Oxford: Oxford University Press, 2014.
100. Karlsson G, Sjöberg LG. The experiences of guilt and shame: a phenomenological-psychological study. *Human Studies* 2009;32:335-55.
101. Limsuwan N, Lantomrattana A, Prachason T et al. The qualitative study of intentional self-harm in Thailand: focusing on predisposing child-rearing environments and self-harm cessation. *Front Psychol* 2023;14:957477.
102. Schneidtinger C, Haslinger-Baumann E. The lived experience of adolescent users of mental health services in Vienna, Austria: a qualitative study of personal recovery. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2019;32:112-21.
103. Woodgate RL, Comaskey B, Tennent P et al. The wicked problem of stigma for youth living with anxiety. *Qual Health Res* 2020;30:1491-502.
104. Bratt A, Gralberg IM, Svensson I et al. Gaining the courage to see and accept oneself: group-based compassion-focussed therapy as experienced by adolescent girls. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2020;25:909-21.
105. Armitage S, Parkinson M, Halligan S et al. Mothers' experiences of having an adolescent child with depression: an interpretative phenomenological analysis. *J Child Fam Stud* 2020;29:1617-29.
106. Abarzúa M, Venegas F, Hidalgo X. Subjective experience of diagnosis and treatment in two adolescents with first-episode schizophrenia. *Res Psychother Psychopathol Process Outcome* 2016;19:189.
107. Brien-Bérard M, Des Rivières-Pigeon C. Coping strategies and the marital relationship among parents raising children with ASD. *J Child Fam Stud* 2023;32:908-25.
108. Stapley E, Midgley N, Target M. The experience of being the parent of an adolescent with a diagnosis of depression. *J Child Fam Stud* 2016;25:618-30.
109. O'Connor C, McNicholas F. Lived experiences of diagnostic shifts in child and adolescent mental health contexts: a qualitative interview study with young people and parents. *J Abnorm Child Psychol* 2020;48:979-93.
110. Zhang Y, Huang C, Yang M. Family resilience progress from the perspective of parents of adolescents with depression: an interpretative phenomenological analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:2564.
111. Sporer K. Aggressive children with mental illness: a conceptual model of family-level outcomes. *J Interpers Violence* 2019;34:447-74.
112. Simonds LM, Pons RA, Stone NJ et al. Adolescents with anxiety and depression: is social recovery relevant? *Clin Psychol Psychother* 2014;21:289-98.
113. Fraguas D, Díaz-Caneja CM, Ayora M et al. Assessment of school anti-bullying interventions: a meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Pediatr* 2021;175:44-55.
114. Roques M, Spiers S, El Hussein M et al. The experience of bullying among adolescents receiving mental health care: an interpretative phenomenological analysis. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2022;16:69.
115. Maya Beristain C, Wiener J. Finding true friendships: the friendship experiences of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Can J School Psychol* 2020;35:280-98.
116. Kranke D, Floersch J, Townsend L et al. Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Child Youth Serv Rev* 2010;32:496-505.
117. Brady G. Children and ADHD: seeking control within the constraints of diagnosis. *Child Soc* 2014;28:218-30.
118. Aisbett DL, Boyd CP, Francis KJ et al. Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in rural Australia. *Rural Remote Health* 2007;7:624.
119. Radovic A, Gmelin T, Stein BD et al. Depressed adolescents' positive and negative use of social media. *J Adolesc* 2017;55:5-15.
120. Calancie O, Ewing L, Narducci LD. Exploring how social networking sites impact youth with anxiety: a qualitative study of Facebook stressors among adolescents with an anxiety disorder diagnosis. *Cyberpsychology* 2017;11:2.
121. van Schalkwyk GI, Klingensmith K, McLaughlin P et al. The use of social networking sites by adolescents with psychiatric illnesses: a qualitative study. *Scand J Child Adolesc Psychiatry Psychol* 2015;3:108-14.
122. Eaton K, Ohan JL, Stritzke WG et al. Failing to meet the good parent ideal: self-stigma in parents of children with mental health disorders. *J Child Fam Stud* 2016;25:3109-23.
123. Carpinelli L, Watzlawik M. Anorexia nervosa in adolescence: parental narratives explore causes and responsibilities. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:4075.
124. Bravender T, Elkus H, Lange H. Inpatient medical stabilization for adolescents with eating disorders: patient and parent perspectives. *Eat Weight Disord* 2017;22:483-9.
125. Brooks H, Prawira B, Windfuhr K et al. Mental health literacy amongst children with common mental health problems and their parents in Java, Indonesia: a qualitative study. *Glob Ment Health* 2022;9:72-83.
126. Doig JL, McLennan JD, Urchuk L. 'Jumping through hoops': parents' experiences with seeking respite care for children with special needs. *Child Care Health Dev* 2009;35:234-42.
127. Arbour S, Chiu M, Paul S et al. Exploring the recovery phenomenon from adolescents' perspective: a qualitative study. *J Psychosoc Rehabil Ment Health* 2023;10:15-24.
128. Kranke DA, Floersch J, Kranke BO et al. A qualitative investigation of self-stigma among adolescents taking psychiatric medication. *Psychiatr Serv* 2011;62:893-9.
129. Abbott M, Bernard P, Forge J. Communicating a diagnosis of autism spectrum disorder – a qualitative study of parents' experiences. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2013;18:370-82.
130. Crouch L, Reardon T, Farrington A et al. "Just keep pushing": parents' experiences of accessing child and adolescent mental health services for child anxiety problems. *Child Care Health Dev* 2019;45:491-9.
131. Bradby H, Varyani M, Oglethorpe R et al. British Asian families and the use of child and adolescent mental health services: a qualitative study of a hard to reach group. *Soc Sci Med* 2007;65:2413-24.
132. Hlungwani EN, Ntshingila N, Poggenpoel M et al. Experiences of parents with an adolescent abusing substances admitted to a mental health institution in Giyani, South Africa. *Curationis* 2020;43:e1-9.
133. Chavira DA, Bantados B, Rapp A et al. Parent-reported stigma and child anxiety: a mixed methods research study. *Child Youth Serv Rev* 2017;76:237-42.
134. Orlowski S, Lawn S, Antezana G. A rural youth consumer perspective of technology to enhance face-to-face mental health services. *J Child Fam Stud* 2016;25:3066-75.
135. Radez J, Reardon T, Creswell C et al. Adolescents' perceived barriers and facilitators to seeking and accessing professional help for anxiety and depressive disorders: a qualitative interview study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022;31:891-907.
136. Buston K. Adolescents with mental health problems: what do they say about health services? *J Adolesc* 2002;25:231-42.
137. Wallström R, Lindgren E, Gabrielsson S. 'Don't abandon me': young people's experiences of child and adolescent psychiatric inpatient care supporting recovery described in blogs. *Int J Ment Health Nurs* 2021;30:117-25.
138. Cleverley K, Lenters L, McCann E. "Objectively terrifying": a qualitative study of youth's experiences of transitions out of child and adolescent mental health services at age 18. *BMC Psychiatry* 2020;20:147.
139. Dimitropoulos G, Herschman J, Toulany A et al. A qualitative study on the challenges associated with accepting familial support from the perspective of transition-age youth with eating disorders. *Eat Disord* 2016;24:255-70.
140. Herbell K, Banks AJ. "Fighting tooth and nail": barriers to accessing adolescent mental health treatment from mothers perspectives. *Adm Policy Ment Health* 2020;47:935-45.
141. Walter AW, Yuan Y, Morocho C. Facilitators and barriers to family engagement and retention of young children in mental health care: a qualitative study of caregivers' perspectives. *Soc Work Ment Health* 2019;17:173-96.
142. Floersch J, Townsend L, Longhofer J et al. Adolescent experience of psychotropic treatment. *Transcult Psychiatry* 2009;46:157-79.
143. Dikec G, Kardelen C, Pilz González L et al. Perceptions and experiences of adolescents with mental disorders and their parents about psychotropic medications in Turkey: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:9589.
144. Kranke D, Jackson SE, Taylor DA et al. 'I'm loving life': adolescents' empowering experiences of living with a mental illness. *Qual Soc Work* 2015;14:102-18.
145. Murphy AL, Gardner DM, Kisely S et al. A qualitative study of antipsychotic medication experiences of youth. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:61-9.
146. Fernández OM, Fernández S, Krause M. Comprensión del cambio psicoterapéutico en adolescentes: voces de pacientes y terapeutas. *CES Psicol* 2020;13:107-23.
147. Ballard PJ, Daniel SS, Anderson G et al. An exploratory feasibility study of incorporating volunteering into treatment for adolescent depression and anxiety. *Front Psychol* 2022;13:840881.
148. Gill F, Butler S, Pistrang N. The experience of adolescent inpatient care and the anticipated transition to the community: young people's perspectives. *J Adolesc* 2016;46:57-65.
149. Kidd IJ, Medina J, Pohlhaus G. The Routledge handbook of epistemic injustice. New York: Routledge, 2017.
150. Catalan A, Salazar de Pablo G, Vaquerizo Serrano J et al. Annual research review: Prevention of psychosis in adolescents – systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention. *J Child Psychol Psychiatry* 2021;62:657-73.
151. Fusar-Poli P, Correll CU, Arango C et al. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry* 2021;20:200-21.
152. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007;369:1302-13.

153. Mei C, Fitzsimons J, Allen N et al. Global research priorities for youth mental health. *Early Interv Psychiatry* 2020;14:3-13.
154. Schultze-Lutter F, Kindler J, Ambarini TK et al. Positive psychotic symptoms in childhood and adolescence. *Curr Opin Psychol* 2022;45:101287.
155. Schimmelmann BG, Walger P, Schultze-Lutter F. The significance of at-risk symptoms for psychosis in children and adolescents. *Can J Psychiatry* 2013;58:32-40.
156. Kapp SK, Gillespie-Lynch K, Sherman LE et al. Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Dev Psychol* 2013;49:59-71.
157. Chapman R, Carel H. Neurodiversity, epistemic injustice, and the good human life. *J Soc Philos* 2022;53:614-31.
158. Russell G, Wilkinson S. Co-opting the “neuro” in neurodiversity and the complexities of epistemic injustice. *Cortex* 2023;169:1-4.
159. Kobak R, Abbott C, Zisk A. Adapting to the changing needs of adolescents: parenting practices and challenges to sensitive attunement. *Curr Opin Psychol* 2017;15:137-42.
160. Shulman EP, Smith AR, Silva K et al. The dual systems model: review, reappraisal, and reaffirmation. *Dev Cogn Neurosci* 2016;17:103-17.
161. Stracke M, Heinzl M, Müller AD et al. Mental health is a family affair – systematic review and meta-analysis on the associations between mental health problems in parents and children during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:4485.
162. Uher R, Pavlova B, Radua J et al. Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected parents: a meta-analysis of family high-risk and registry studies. *World Psychiatry* 2023;22:433-48.
163. Fung HW, Cong CW, Tan CS et al. Is teacher violence a form of betrayal trauma? Relationship with mental health problems among young adults. *Child Abuse Negl* 2023;145:106436.
164. Thornberg R, Halldin K, Bolmsjö N et al. Victimising of school bullying: a grounded theory. *Res Pap Educ* 2013;28:309-29.
165. Sickel AE, Seacat JD, Nabors NA. Mental health stigma update: a review of consequences. *Adv Ment Health* 2014;12:202-15.
166. Dragioti E, Radua J, Solmi M et al. Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: a meta-umbrella systematic review. *Mol Psychiatry* 2022;27:3510-9.
167. Doffer DPA, Dekkers TJ, Hornstra R et al. Sustained improvements by behavioural parent training for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review of longer-term child and parental outcomes. *JCPP Adv* 2023;3:e12196.
168. Granada-López JM, Ramón-Arhués E, Echániz-Serrano E et al. Mental health knowledge and classroom experiences of school teachers in Aragon, Spain. *Front Public Health* 2023;11:1171994.
169. McGorry PD, Mei C, Chanen A et al. Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry* 2022;21:61-76.
170. Malla A, Boksa P, Joobor R. Meeting the challenges of the new frontier of youth mental health care. *World Psychiatry* 2022;21:78-9.
171. Hickie IB. Implementing 21st century “end-to-end” and technology enhanced care for young people. *World Psychiatry* 2022;21:79-80.
172. Killackey E, Hodges C, Browne V et al. A global framework for youth mental health: investing in future mental capital for individuals, communities and economies. Geneva: World Economic Forum, 2020.
173. Gunn J. Foreword. In: Bailey S, Dolan M (eds). *Adolescent forensic psychiatry*. London: Arnold, 2004:xi.
174. Tylee A, Haller DM, Graham T et al. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007;369:1565-73.
175. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016;387:2423-78.

DOI:10.1002/wps.21189

¿Qué hay en un nombre? Trastornos mentales, condiciones de salud mental y discapacidad psicosocial

La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada tras su fundación en 1948 y que ahora forma parte de su tratado con 194 estados miembros, define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”¹. Es evidente que los fundadores de la OMS pretendían incluir la salud mental como parte de la salud, aunque no la definieron explícitamente.

La OMS ofreció una definición más amplia de salud mental en el Informe Mundial sobre Salud Mental 2022, a saber: “Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a las tensiones de la vida, desarrollar sus capacidades, aprender bien y trabajar bien, y contribuir a sus comunidades”². Esta definición sugiere que la salud mental no es solo algo más que la ausencia de trastornos mentales, sino que depende en parte del acceso a oportunidades para alcanzar el potencial de cada uno.

Por consiguiente, se considera que estos aspectos positivos de la salud mental –para las personas y poblaciones– se interpretan como parte de la misión de la OMS de una forma que se basa en la definición inicial de salud proporcionada más de 75 años antes. La promoción de la salud, la protección de las poblaciones vulnerables y la mitigación de los determinantes sociales y de otro tipo que impulsan las desigualdades en salud son fundamentales para el enfoque mundial de la salud mental pública, aunque en el Informe Mundial de Salud Mental se reconoce que la responsabilidad de algunos de los pasos críticos para mejorar la salud mental recae fuera del sector de la salud.

La constitución de la OMS también nos dice que 2 de los 22 propósitos fundamentales para los que se fundó la organización son “establecer y revisar, según sea necesario, nomenclaturas internacionales de enfermedades, de causas de muerte y de prácticas de salud pública”, y “estandarizar los procedimientos de diagnóstico en caso necesario”¹. La realización más importante de estas dos funciones constitucionales a lo largo de la historia de la OMS ha sido la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La 11ª revisión de la CIE (CIE-11) fue aprobada por la 72ª Asamblea Mundial de la Salud, integrada por los Ministros de Salud de los 194 estados miembros de la OMS, en mayo de 2019. La aprobación de la Asamblea es necesaria porque la CIE confiere obligaciones a los estados miembros de la OMS, y dicha aprobación subraya y contribuye a la considerable fuerza e importancia de la CIE como aspecto de la política sanitaria mundial.

La CIE-11 define los trastornos mentales como “síndromes caracterizados por alteraciones clínicamente significativas de la cognición, regulación emocional o comportamiento de un individuo, que reflejan una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y conductual; estas alteraciones suelen ir asociadas a malestar o deterioro en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes”³.

Sin embargo, salvo cuando se presentan datos epidemiológicos, el Informe Mundial sobre Salud Mental utiliza el término “condiciones de salud mental”, que se describe como “un término amplio que abarca los trastornos mentales y las discapacidades psicosociales; también abarca otros estados mentales asociados

con un malestar significativo, un deterioro del funcionamiento o el riesgo de autolesión”². Así pues, las condiciones de salud mental comprenden síntomas y experiencias asociados con el malestar psicológico o el deterioro funcional, cumplan o no los requisitos diagnósticos para trastornos mentales específicos. Incluyen, por ejemplo, reacciones agudas de estrés, alteraciones de personalidad, consumo de sustancias peligrosas y agotamiento, que la CIE-11 no clasifica como trastornos mentales, sino como “factores que influyen en el estado de salud o en las visitas a los servicios sanitarios”. Basándose en una conceptualización dimensional de la salud mental, el término “condición de salud mental” engloba a una parte de la población que probablemente se beneficiaría de las intervenciones de las políticas y sistemas públicos, incluidos los esfuerzos de promoción y prevención de la salud basados en la población, más que del tratamiento dirigido a trastornos mentales específicos.

Los profesionales de la salud mental y los responsables políticos pueden encontrar el concepto de “condición de salud mental” conceptualmente y prácticamente útil para animar a las personas a buscar la ayuda que necesitan y que solo muy pocos reciben. Se ha demostrado que algunas condiciones por debajo del umbral son tan perjudiciales como los correspondientes trastornos mentales por encima del umbral⁴, y, en el contexto de un trastorno persistente y progresivo, su identificación precoz puede brindar una importante oportunidad para un tratamiento eficaz⁵. Por otra parte, los datos disponibles sugieren que la capacidad de las presentaciones por debajo del umbral para predecir los trastornos mentales por encima del umbral en la población general es bastante baja, y varía sustancialmente según el trastorno⁶. El uso del término “condición de salud mental” también puede suscitar dudas sobre el valor de invertir en alteraciones leves y subumbrales definidas de forma imprecisa y deficiente, pero incluso más comunes que los trastornos mentales, lo que podría complicar los debates sobre cobertura y reembolso, y conducir potencialmente a una recapitulación de los argumentos planteados históricamente en oposición a la paridad de los seguros entre los trastornos mentales y las enfermedades físicas.

El Informe Mundial sobre Salud Mental aclara que el término “condición de salud mental” se utilizó en un esfuerzo por reunir al grupo más amplio posible de partes interesadas, algunas de las cuales consideraban estigmatizante el término “trastorno mental”. Sin embargo, el estigma puede migrar de un término a otro casi tan pronto como el nuevo término se ponga de moda. Además, dado que estos términos pretenden aplicarse al contexto global, las distinciones semánticas entre ellos pueden no tener sentido en idiomas distintos del inglés. La traducción puede ser la misma para ambos términos, o sus connotaciones pueden ser diferentes en los distintos idiomas. Por ejemplo, *condición* en español suele referirse a características intrínsecas y estables, mientras que *trastorno* (el término usado para “disorder”) se acerca más a una alteración o afección que puede ser temporal. Por lo tanto, en algunos idiomas, “condición de salud mental” puede considerarse más estigmatizante que “trastorno mental”.

El segundo componente de la definición de “condición de salud mental” del Informe Mundial sobre Salud Mental es la “discapa-

cidad psicosocial”, que “surge cuando alguien con una deficiencia mental a largo plazo interactúa con diversas barreras que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que los demás”². Esta definición es consistente con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF)⁷ de la OMS, que describe la discapacidad como resultado de la interacción de personas que padecen una condición de salud con su entorno, en la que influyen la naturaleza y gravedad de la condición de salud, las características de la persona y las características físicas y sociales del entorno.

Aunque el Informe Mundial sobre Salud Mental utiliza el término “discapacidad psicosocial”, en realidad las deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones de participación que experimentan las personas con trastornos mentales no se limitan al ámbito psicosocial. El Informe vincula el término a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁸, que ha sido una poderosa herramienta para dismantlar actitudes, acciones y leyes discriminatorias que contribuyen a violaciones de derechos humanos entre personas con trastornos mentales, y para corregir las barreras físicas, de actitud, de comunicación, sociales y legales que impiden su completa autodeterminación y participación en la sociedad. Sin embargo, algunos defensores de los derechos de las personas con discapacidad van mucho más allá argumentando que el constructo de “discapacidad psicosocial” debería reemplazar la conceptualización de los trastornos mentales como problemas que deben ser definidos y tratados clínicamente. Esta visión enfatiza la aceptación y prestación de apoyo y adaptaciones, y, en ocasiones, posiciones del “modelo médico” como fuente de violaciones de derechos humanos⁹. Sin embargo, el uso que hace la OMS del término no supone un respaldo a una postura antipsiquiátrica.

En el contexto de la terminología comentada anteriormente y las tendencias que representa, es probable que los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental sigan centrándose principalmente en la identificación y tratamiento de los trastornos mentales. También se les pedirá cada vez más que colaboren, enseñen y supervisen a otro personal implicado en la mitigación de los trastornos

de la salud mental a través de esfuerzos de promoción, protección y prevención de la salud basados en la población, así como en la provisión de intervenciones de menor intensidad y complejidad (p. ej., a través de iniciativas de “cambio de tareas”).

Podemos alinearnos más plenamente con un enfoque global de salud mental pública ampliando y profundizando nuestro enfoque en el impacto de nuestras intervenciones sobre el estado funcional, en particular en lo que se refiere a la autodeterminación y la participación social, y a la mitigación de los determinantes sociales de la salud para reducir las desigualdades en salud en nuestras comunidades y en todo el mundo.

Geoffrey M. Reed

Department of Psychiatry, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA

El autor desea agradecer a K. Revankar su ayuda en la preparación del manuscrito.

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. <https://apps.who.int/gb/bd>.
2. World Health Organization. World mental health report. Geneva: World Health Organization, 2022.
3. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization, 2024.
4. Wesselhoeft R, Sørensen MJ, Heiervang ER et al. J Affect Disord 2013;151:7-22.
5. Skinner A, Occhipinti JA, Song YJC et al. Sci Rep 2023;13:19982.
6. Schreuder MJ, Wigman JTW, Groen RN et al. Sci Rep 2021;11:23306.
7. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization, 2001.
8. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2007.
9. United States Mission to the United Nations. Joint explanation of position at the adoption of a GA Resolution; “Mental Health and psychosocial support for substantiable development and peace”. <https://usun.usmission.gov>.

DOI:10.1002/wps.21190

(Reed GM. What's in a name? Mental disorders, mental health conditions and psychosocial disability. World Psychiatry 2024;23:209–210)

Valor y limitaciones de los cuestionarios autoadministrados en la práctica clínica y en estudios epidemiológicos

En las últimas décadas han proliferado los cuestionarios autoadministrados destinados a ayudar a los clínicos a mejorar la identificación de diversos trastornos y a los investigadores a estimar las tasas de prevalencia de trastornos en entornos epidemiológicos comunitarios. La mayoría de estos cuestionarios se centran en un único trastorno, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar o el trastorno de ansiedad generalizada. Una minoría evalúa una serie de los trastornos más frecuentes en los centros ambulatorios de salud mental.

Los cuestionarios autoadministrados no sustituyen a una evaluación diagnóstica realizada por un entrevistador. Son *instrumentos de cribado*, y su uso representa la primera fase de un procedimiento diagnóstico de dos etapas. El propósito de una prueba de cribado es lanzar una red amplia para garantizar que la mayoría de pacientes con el trastorno sean capturados en esa red. Así pues, una prueba de cribado tiene por objeto reducir la frecuencia de diagnósticos perdidos. Se espera que esa prueba vaya seguida de una evaluación diagnóstica más definitiva, una evaluación que suele ser más

cara y/o invasiva que el procedimiento de cribado. En psiquiatría, un cuestionario autoadministrado de cribado va seguido de una entrevista diagnóstica. En los estudios sobre el funcionamiento de los cuestionarios de cribado, la entrevista semiestructurada es el habitual “estándar de oro”.

Las dos estadísticas más utilizadas para describir el rendimiento de una medida de cribado son la sensibilidad y la especificidad. La sensibilidad se refiere al acierto con que la prueba identifica a los individuos con el trastorno, mientras que la especificidad se refiere al acierto con que la prueba identifica a los individuos sin el trastorno. Otras dos estadísticas importantes para comprender la utilidad clínica de una prueba de cribado son el valor predictivo positivo y negativo. El valor predictivo positivo se refiere a la probabilidad de que una persona con un resultado positivo en la prueba padezca el trastorno. El valor predictivo negativo designa la probabilidad de que una persona que obtiene un resultado negativo en la prueba no padezca el trastorno. Los valores predictivos positivo y negativo se utilizan con menos frecuencia

para describir el rendimiento de una prueba de cribado, porque estas estadísticas están influidas por la prevalencia del trastorno en la muestra estudiada.

Desde una perspectiva clínica, lo más importante es que una medida de cribado tenga buena sensibilidad y, en consecuencia, un alto valor predictivo negativo. Con un valor predictivo negativo alto, el clínico puede estar seguro de que, cuando la prueba indique que el trastorno no está presente, hay poca necesidad de indagar sobre la existencia del trastorno. Los falsos positivos (es decir, las personas que dan positivo, pero no tienen el trastorno) son un problema menor para un cuestionario de cribado, porque su coste principal es el tiempo que tarda el clínico en determinar que el trastorno no está presente. Presumiblemente, se trata del tiempo que los clínicos habrían dedicado al mismo fin si hubieran realizado una entrevista exhaustiva.

Desde una perspectiva epidemiológica, lo más importante es que el cuestionario autoadministrado proporcione una estimación precisa de la presencia de un trastorno determinado. Sin embargo, cuando los cuestionarios se utilizan de esta manera, los estudios deben referirse a la prevalencia de *síntomas* en lugar del *trastorno* (p. ej., prevalencia de síntomas depresivos en lugar de trastorno depresivo). La prevalencia del trastorno debe evaluarse mediante el uso posterior de una entrevista diagnóstica.

Los cuestionarios autoadministrados para trastornos psiquiátricos arrojan una distribución continua de puntuaciones, y los desarrolladores de estos instrumentos suelen recomendar una puntuación de corte para identificar a los individuos que han dado positivo en el cribado. Uno de los principales problemas de la investigación que utiliza estos cuestionarios es que muchos desarrolladores de escalas adoptan un enfoque de búsqueda de casos en lugar de un enfoque de cribado a la hora de derivar la puntuación de corte para indicar qué pacientes han resultado positivos. Es decir, los investigadores seleccionan el punto de corte que maximiza la concordancia con un estándar diagnóstico (como una entrevista semiestructurada). Desde el punto de vista del cribado, un enfoque más apropiado es seleccionar un punto de corte que priorice la sensibilidad de una escala, de modo que no se pasen por alto diagnósticos. Una revisión de 68 informes sobre el rendimiento de las tres escalas de cribado más investigadas para el trastorno bipolar mostró que solo 11 (16,2%) estudios recomendaban un punto de corte que priorizara la sensibilidad de la escala¹.

La falta de apreciación de diferencia entre la detección de casos y el cribado ha llevado a conclusiones inapropiadas en estudios que utilizan medidas de cribado como aproximaciones diagnósticas. Por ejemplo, un estudio sobre el impacto del trastorno límite de la personalidad (TLP) en la respuesta de pacientes deprimidos a la terapia electroconvulsiva (TEC)² utilizó el Inventario de Cribado de McLean para TLP (MSI-BPD) para “diagnosticar” el trastorno de la personalidad. Un resumen del rendimiento del MSI-BPD reveló que, en todos los estudios, la escala tenía una sensibilidad del 80% y una especificidad del 66% en el punto de corte recomendado por los desarrolladores de la escala³. Cuando se tiene esto en cuenta, junto con la prevalencia de TLP en la muestra, un análisis de este estudio sugirió que la mayoría de los pacientes que los autores consideraron con TLP no recibirían este diagnóstico si se les realizara una entrevista diagnóstica. En otras palabras, el valor predictivo positivo de la escala de cribado estaba muy por debajo del 50%. Por consiguiente, no se pueden extraer conclusiones válidas sobre la eficacia de la TEC en pacientes deprimidos con TLP coexistente a partir de un estudio que utiliza una medida de cribado para “diagnosticar” el trastorno de personalidad.

En estudios de muestras comunitarias se han utilizado cuestionarios de cribado del trastorno bipolar para estimar la prevalencia de este trastorno, la morbilidad psicosocial asociada al mismo, la frecuencia de infradiagnóstico del trastorno y la frecuencia de su infratratamiento con estabilizadores del estado de ánimo y sobretratamiento con antidepresivos^{4,5}. Ninguno de estos estudios analiza el limitado valor predictivo positivo de las escalas de cribado del trastorno bipolar en la población general⁶. Ninguno de estos informes señala que la mayoría de individuos que dieron positivo en el cribado del trastorno bipolar no serían diagnosticados con el trastorno si se les entrevistara (porque el valor predictivo positivo es inferior al 50%). Por lo tanto, las preocupaciones de salud pública planteadas en las secciones de discusión de estos estudios se basan en una interpretación errónea de los instrumentos de cribado como medidas de diagnóstico.

Más recientemente, se han utilizado encuestas online basadas en cuestionarios autoadministrados para evaluar el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 y de las restricciones de salud pública impuestas para limitar la propagación de la infección. Una búsqueda en PubMed el 24 de noviembre de 2023 de los términos “COVID-19” y “depresión” arrojó 16.026 citas. En casi todos estos estudios, la depresión se evaluó mediante cuestionarios autoadministrados. La literatura ha sido lo suficientemente extensa como para generar metaanálisis de la prevalencia de la depresión durante la pandemia en poblaciones específicas como personal sanitario, mujeres embarazadas y estudiantes universitarios. De manera similar, se han realizado metaanálisis de la prevalencia de la depresión en diversas regiones geográficas del mundo y se han examinado los factores que influyen en dicha prevalencia. Los resultados de estos estudios se han utilizado para influir en los debates de salud pública relacionados con la financiación de los servicios de salud mental. Sin embargo, los cuestionarios de cribado de la depresión, como el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) –el cuestionario de autoinforme más utilizado en estos estudios–, sobrestiman significativamente la prevalencia de la depresión en comparación con las entrevistas de diagnóstico⁷. Una vez más, no se trata de un problema con los cuestionarios en sí, que están concebidos para identificar a los individuos que *podrían* tener un trastorno, mientras que se espera que una posterior entrevista diagnóstica distinga los casos verdaderos de los falsos positivos. El problema está en la interpretación de los resultados basada en los instrumentos de cribado.

Cuando nuestro grupo de investigación clínica desarrolló el Cuestionario de Detección Diagnóstica Psiquiátrica (PDSQ), lo concebimos como una ayuda diagnóstica para ser utilizada en la práctica clínica con el fin de reducir el infradiagnóstico de trastornos comórbidos con el diagnóstico principal y mejorar la eficiencia de los clínicos en la realización de la evaluación diagnóstica inicial⁸. En consecuencia, recomendamos que se eligiera un umbral que obtuviera una sensibilidad del 90% cuando se utilizara la escala en la práctica clínica, en lugar de un umbral que optimizara la concordancia con un estándar diagnóstico.

La conclusión es que un cuestionario de autoinforme con una sensibilidad y un valor predictivo negativo elevados puede ser una herramienta valiosa en la práctica clínica, ya que orienta al clínico hacia la indagación sobre trastornos en los que el paciente da positivo (reduciendo así los diagnósticos omitidos) e identifica trastornos que es poco probable que estén presentes y que, por lo tanto, requieren poca o ninguna investigación (ahorrando así tiempo al clínico). En los estudios epidemiológicos, los instrumentos de cribado pueden proporcionar estimaciones precisas de la preva-

lencia si el punto de corte es adecuado, pero los resultados deben considerarse estimaciones de la prevalencia de los síntomas de un trastorno y no del trastorno en sí. El uso de expresiones como “prevalencia de la depresión” o “prevalencia de la ansiedad” (en lugar de “prevalencia de síntomas depresivos” o “prevalencia de síntomas de ansiedad”) puede generar malentendidos; en particular, una sobrestimación de las implicaciones clínicas y de salud pública de los hallazgos.

Mark Zimmerman

Department of Psychiatry and Human Behavior, Brown University School of Medicine, South County Psychiatry, Cranston, RI, USA

1. Zimmerman M, Guzman Holst C. *Psychiatry Res* 2018;270:1068-73.
2. Yip AG, Ressler KJ, Rodriguez-Villa F et al. *J Clin Psychiatry* 2021;82:19m13202.
3. Zimmerman M, Balling C. *J Pers Disord* 2019;33:451-62.
4. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M. *J Clin Psychiatry* 2003;64:425-32.
5. Humpston CS, Bebbington P, Marwaha S. *J Affect Disord* 2021;282:426-33.
6. Zimmerman M. *Bipolar Disord* 2012;14:127-34.
7. Levis B, Benedetti A, Ioannidis JPA et al. *J Clin Epidemiol* 2020;122:115-28.
8. Zimmerman M, Mattia JJ. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:787-94.

DOI:10.1002/wps.21191

(Zimmerman M. *The value and limitations of self-administered questionnaires in clinical practice and epidemiological studies. World Psychiatry* 2024;23:210–212)

Anomalías del lenguaje en la esquizofrenia: una trayectoria de análisis matemático e informático

La alteración en la producción del lenguaje es un rasgo central de la esquizofrenia que se ha reconocido durante más de un siglo, comenzando con las descripciones de Kraepelin y Bleuler de las disminuciones de coherencia en el lenguaje hablado, caracterizadas por el descarrilamiento y relajación de las asociaciones, y una relativa pobreza de expresión. Durante muchas décadas, el estudio del lenguaje en la esquizofrenia ha seguido siendo principalmente descriptivo, culminando con la heurística de Andreasen del trastorno del pensamiento positivo (alteraciones en la coherencia) y negativo (alteraciones en la complejidad) en la década de 1970.

En la década de 1980, Hoffman utilizó un enfoque matemático para caracterizar la aplicación incorrecta de reglas para la formación de frases y discursos que se observa entre individuos con esquizofrenia, haciendo hincapié en las relaciones semánticas entre oraciones adyacentes y no adyacentes. Desarrolló criterios formales para una “jerarquía fuerte” de frases, cuyas violaciones constituirían una disminución en la coherencia, que encontró altamente prevalente en la esquizofrenia¹.

Posteriormente replicó este hallazgo, demostrando que los individuos con esquizofrenia solo tienen jerarquías de oraciones pequeñas o deficientes, mientras que los individuos con manía tienen cambios frecuentes entre jerarquías de oraciones grandes e intactas.

La inteligencia artificial se utilizó por primera vez para modelar la coherencia reducida en el lenguaje en la década de 1990. Garfield y Rapp² demostraron que las violaciones de reglas específicas en redes semánticas artificiales podían reproducir las alteraciones del lenguaje hablado en la esquizofrenia. Hoffman indujo síntomas de esquizofrenia reduciendo la conectividad en simulaciones de redes neuronales de sistemas de procesamiento distribuidos, paralelos. Además, construyó un modelo informático del trastorno y descubrió que las deficiencias en la señalización de errores de predicción eran los que mejor se ajustaban al patrón de ruptura encontrado en la coherencia narrativa³.

En el siglo XXI, ha aumentado el uso de grandes modelos del lenguaje para *cuantificar* la coherencia del discurso en la esquizofrenia. Mota et al⁴ fueron creativos en la aplicación de gráficos del habla a transcripciones del lenguaje hablado, replicando los hallazgos de Hoffman con respecto a los déficits en la esquizofrenia distintos de los de la manía⁴.

En la última década, ha crecido enormemente el uso del procesamiento automatizado del lenguaje natural (NLP) para caracterizar el lenguaje hablado anómalo en la esquizofrenia, ampliándose para incluir la predicción de psicosis, de tal forma que los análisis

automatizados de NLP del lenguaje hablado se han incluido en la Asociación para Acelerar los Medicamentos en Esquizofrenia (AMP SCZ), una gran colaboración internacional que pretende desarrollar la predicción de la psicosis multimodal entre individuos de riesgo, que en particular hablan diversos idiomas⁵.

DISCURSO en Psicosis es otra iniciativa global lanzada en 2020 para promover la colaboración internacional en el estudio de las alteraciones del lenguaje en la psicosis en distintas culturas e idiomas, con la armonización de los métodos utilizados para obtener el lenguaje hablado, con el fin de crear grandes conjuntos de datos multilingües para su análisis (<https://discourseinpsychosis.org>).

Los datos archivados de estos consorcios pueden utilizarse para abordar cuestiones clave en el uso del NLP para estudiar el deterioro del lenguaje en la esquizofrenia y sus estados de riesgo, en todos los idiomas y culturas.

Una primera cuestión es metodológica, es decir, cuál es la forma óptima de obtener el lenguaje. Utilizamos entrevistas abiertas, que permiten un flujo de habla suficiente para observar la disminución de la coherencia y crear el contexto ecológicamente válido de un encuentro social diádico. Este enfoque también permite el estudio de otras modalidades de comunicación en tándem, incluidos los rasgos acústicos, pausas, expresión facial y gestos, siendo informativos los datos de ambos individuos de la diada.

Otra cuestión clave se refiere a la generalización de los resultados entre lenguas y culturas, y a cómo las características específicas de cada lengua pueden ser informativas. Por ejemplo, en un amplio estudio trans-lingüístico de pacientes con esquizofrenia (y controles) que hablaban danés, alemán o chino, solo la coherencia de segundo orden (es decir, la similitud entre frases separadas por otra frase intermedia) se generalizó de forma sólida en todos los idiomas, mientras que otras medidas de coherencia no lo hicieron, por razones poco claras que requieren más estudio⁶. En otro estudio sobre personas en situación de riesgo en Shanghai, tanto los métodos de NLP basados en el mandarín como los basados en el inglés detectaron disminuciones interrelacionadas en la coherencia específica del idioma (y en el uso de adjetivos), pero solo el NLP basado en el mandarín detectó un mayor uso de “localizadores” (por ejemplo, *gongzuo-shang*, “durante el trabajo”; o *liangge-ren-zhijian*, “entre dos personas”) en el grupo de riesgo⁷. Además, aunque se sabe que el uso anómalo de sintagmas nominales referenciales es común en la esquizofrenia en todos los idiomas, esto solo pudo documentarse en un estudio realizado en pacientes de habla turca⁸. Tanto AMP SCZ como DISCURSO en Psicosis ofrecen la oportu-

nidad de realizar más estudios trans-lingüísticos, incluso en otros idiomas europeos y asiáticos.

Estos y otros conjuntos de datos también permiten explorar la fenomenología de las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia y sus estados de riesgo más allá de la coherencia y la complejidad. Por ejemplo, el análisis de sentimientos puede utilizarse para evaluar la valencia y el tenor emocional del texto. Utilizando una tarea de descripción de imágenes (positiva, negativa, neutra) para provocar el análisis narrativo y gráfico del habla, se descubrió que la conectividad del discurso entre individuos con psicosis de primer episodio estaba directamente correlacionada con el uso de palabras emocionales positivas. En otro estudio, se utilizó el análisis de sentimientos para identificar el tenor emocional del lenguaje hablado en entrevistas abiertas con personas en situación de riesgo, encontrándose una mayor similitud semántica con la “ira” en aquellos que tenían ideación suicida concurrente⁶.

Además del lenguaje, se puede evaluar la acústica del lenguaje hablado en el espectro de la esquizofrenia, incluidas las disfluencias, timbre/calidad, energía/sonoridad y pausa, así como la expresión facial y gestual en el contexto de la entrevista⁶. De este modo se obtienen ricas series temporales multimodales de datos que pueden utilizarse para evaluar la incongruencia entre distintas modalidades (afecto inapropiado) y la sintonía entre los interlocutores en el lenguaje y la expresión facial, indicativos no solo de enfermedad psiquiátrica sino también de alianza terapéutica.

Ahora estamos en la nueva era de los grandes modelos generativos del lenguaje (GLM), lo que tiene implicaciones muy significativas para el estudio del lenguaje (y el comportamiento comunicativo) en la esquizofrenia. Llevamos quince años utilizando grandes modelos lingüísticos para los análisis de NLP, y estaban en silencio, pero ahora pueden hablar. El desarrollo de la inteligencia artificial generativa, en particular los chatbots, plantea la noción del lenguaje como fundamentalmente interactivo, intersubjetivo y cultural. ¿Pueden utilizarse los GLM no solo para medir o cuantificar características del lenguaje, sino también para modelar deficiencias y luego intervenir y remediarlas? En una actualización del enfoque informático de Hoffman, se han utilizado los GLM para modelar el deterioro del lenguaje en la esquizofrenia. En un estudio reciente⁸, se simuló el trastorno del pensamiento en narraciones utilizando GLM aumentando la estocasticidad de la elección de palabras y limitando la capacidad de memoria del modelo, y ambas alteraciones disminuyeron la coherencia a nivel de la oración.

Por último, dado que la autoexperiencia y el comportamiento se construyen a través del lenguaje, la alteración del lenguaje puede representar un aspecto constitutivo de la esquizofrenia, y su corrección puede utilizarse para tratar la esquizofrenia de forma más amplia. En 1993, Hoffman planteó la hipótesis de que la planificación anormal del discurso en la esquizofrenia conduce tanto a una disminución de la coherencia en el habla como a un aumento del habla interna involuntaria. Sin embargo, también señaló que había algunos individuos que oían voces, pero tenían un discurso coherente, aunque relativamente simple y ensayado. Planteó la hipótesis de que estos individuos podrían compensar el deterioro de la planificación del discurso reduciendo su producción y complejidad lingüísticas. Desarrolló una “terapia del lenguaje” para estos pacientes “contraejemplo”, que tuvo éxito mejorando su planificación del discurso y reduciendo sus alucinaciones⁹. Se trata de un estudio intrigante, pero pequeño, que no se ha intentado replicar.

Creemos que el uso de GLM puede promover nuevas vías de investigación sobre la naturaleza de las anomalías del lenguaje en la esquizofrenia, sobre su significado como aspecto constitutivo del trastorno y sobre las posibles intervenciones sobre estas anomalías y, en consecuencia, más ampliamente sobre el trastorno.

Cheryl M. Corcoran¹, Guillermo A. Cecchi²

¹Icahn School of Medicine in Mount Sinai, New York, NY, USA; ²IBM Watson Research Center, Yorktown Heights, NY, USA

1. Hoffman RE, KIRSTEIN L, STOPEK S et al. *Brain Lang* 1982;15:207-33.
2. Garfield DA, RAPP C. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:205-11.
3. Hoffman RE, GRASEMANN U, GUEORGUEVA R et al. *Biol Psychiatry* 2011;69:997-1005.
4. Mota NB, VASCONCELOS NA, LEMOS N et al. *PLoS One* 2012;7:e34928.
5. Brady LS, LARRAURI CA, AMP SCZ Steering Committee. *World Psychiatry* 2023;22:42-3.
6. Cecchi GA, Corcoran CM. *Schizophr Res* 2023; doi: 10.1016/j.schres.2023.07.030.
7. Agurto C, NOREL R, WEN B et al. *World Psychiatry* 2023;22:157-8.
8. ÇOKAL D, PALOMINOS-FLORES C, YALINÇETIN B et al. *Schizophr Res* 2023; 259:104-10.
9. Hoffman RE, SATEL SL. *Br J Psychiatry* 1993;162:755-8.

DOI:10.1002/wps.21192

(Corcoran CM, Cecchi GA. *Anomalies of language in schizophrenia: a trajectory of mathematical and computational analyses. World Psychiatry* 2024;23:212–213)

Mejorar el abordaje de las personas LGBTQ en los entornos de atención a la salud mental: la perspectiva de un clínico

En 1974, la American Psychiatric Association (APA) eliminó el diagnóstico de homosexualidad del DSM-II^{1,2}. En 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) siguió su ejemplo, eliminando el diagnóstico de homosexualidad de la CIE-10³. En 2019, la OMS dio un paso más y eliminó el diagnóstico de “transexualismo”, ahora rebautizado como “incongruencia de género”, del capítulo sobre trastornos mentales de la CIE-11. Al situar la incongruencia de género en un nuevo capítulo denominado “Afecciones relacionadas con la salud sexual”, la CIE buscaba desestigmatizar a las personas transgénero en el siglo XXI, del mismo modo que la APA desestigmatizó a gays y lesbianas en el siglo XX^{4,5}.

Estos cambios despatologizantes, que reflejan e integran las creencias y valores culturales cambiantes en relación con la orien-

tación sexual y la identidad de género, han modificado el enfoque clínico de la corriente dominante de la salud mental en el trabajo con personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y queer/dudosos (LGBTQ). Históricamente, los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental dedicaban muchas sesiones de psicoterapia a tratar determinar cuál era la causa de la homosexualidad, o de la incongruencia de género, en infructuosos esfuerzos por “curar” a estas personas. Sin embargo, dos personas que mantienen una conversación en una habitación nunca descubrirán la(s) “causa(s)” de la orientación sexual o la identidad de género de nadie⁶. Hoy en día, se reconoce que siguen sin conocerse los “determinantes” de cualquier orientación sexual (homo-, bi- o heterosexual) o identidad de género (transgénero o cisgénero).

En consecuencia, los clínicos, en lugar de tratar de averiguar “por qué” las personas son LGBTQ en sus esfuerzos por cambiarlas, ahora han modificado su enfoque para pensar en “cómo” ayudar a estas personas a vivir sus vidas como personas LGBTQ de manera más abierta y adaptativa.

Este cambio quedó plasmado en el histórico informe del Instituto de Medicina de EE.UU., *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People*⁷ (La salud de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales), que destacó la necesidad de más investigación, incluidos estudios sobre el papel de las influencias sociales en la vida de personas LGBTQ y cómo abordar las desigualdades en su atención sanitaria. Aunque se han realizado muchas investigaciones en la última década, se necesitan más. Mientras los clínicos esperan los resultados de nuevas investigaciones, hay algunas sugerencias que el profesional individual puede seguir para mejorar el enfoque de personas LGBTQ en entornos de atención de salud mental.

En primer lugar, muchas personas LGBTQ afirman haber sufrido desaprobación, discriminación e incluso abusos en entornos clínicos. En consecuencia, es posible que eviten la atención médica siempre que puedan. Y, cuando no pueden evitar la atención médica, pueden ser reacias a revelar su orientación sexual o identidad de género sin clara evidencia de que el clínico no las juzga y las acepta.

Esto requiere que los clínicos, al hacer las evaluaciones, no presupongan automáticamente que todos los individuos, parejas o miembros de familias son heterosexuales o cisgénero. Al indagar sobre las relaciones, es mejor hacer preguntas abiertas sin dar por sentado que se conoce el sexo de la pareja del paciente. Por ejemplo, en muchos países occidentales, y cada vez más en otras partes del mundo, no todos los matrimonios son heterosexuales. Los formularios de autoinforme del paciente deben permitir respuestas sobre diversas orientaciones sexuales, identidades de género y estructuras familiares.

El reconocimiento de relaciones familiares y sociales alternativas es especialmente importante cuando se evalúa psiquiátricamente a personas LGBTQ en servicios de urgencias y centros hospitalarios de agudos. Para pacientes que viven en comunidades y culturas que aceptan sus identidades, el contacto con el sistema de apoyo social de una persona LGBTQ es algo rutinario. Sin embargo, en lugares y culturas donde la homosexualidad y las presentaciones transgénero son menos aceptadas, el reconocimiento por parte de los clínicos puede ser un desafío.

Sin embargo, los clínicos deben tener en cuenta que la persona o personas que más saben sobre el estado mental y la función de un paciente pueden no tener una relación legal reconocida por el estado. En consecuencia, puede ser necesario obtener información de ellos para identificar las fuentes potenciales de problemas de un paciente. Lo ideal sería que, al trabajar con poblaciones LGBTQ, fuera el bienestar de los pacientes, y no el estado, lo que determinara con quién se debe contactar y hablar.

En algunos países y comunidades, es cada vez más frecuente que los pacientes LGBTQ busquen profesionales de salud mental que se identifiquen públicamente como miembros de esa comunidad. Aunque desde los tiempos de Freud se ha advertido a los profesionales sobre revelar su identidad a los pacientes, los psiquiatras abiertamente LGBTQ están cada vez más presentes en muchos lugares. Hoy en día, se encuentran en una posición única para defender la mejora de los servicios para las poblaciones de pacientes que tratan⁸.

La violencia contra personas LGBTQ es común en todas las culturas y puede provocar trastorno de estrés postraumático, depresión y otros problemas de salud mental. Los perpetradores de violencia anti-LGBTQ pueden ser desconocidos, familiares, compañeros de trabajo y, en ocasiones, figuras con autoridad.

Para complicar las cosas, quienes sufren violencia o abusos sexuales o domésticos pueden no querer denunciar sus experiencias o buscar ayuda, por miedo a que revelar su identidad sexual o de género pueda suscitar respuestas críticas —e incluso acoso— por parte de la policía o de los trabajadores de los servicios sociales. Idealmente, los clínicos sensibles a esta realidad pueden abogar por un trato justo para pacientes LGBTQ que han sufrido violencia y se enfrentan a burocracias insensibles.

Incluso en ausencia de violencia, los clínicos deben ser sensibles a la ansiedad de los pacientes en relación con la ubicuidad de actitudes anti-LGBTQ, a veces denominada “estrés de las minorías”⁹. Los pacientes pueden sentirse incomprendidos cuando los clínicos niegan o minimizan hasta qué punto este fenómeno influye en sus vidas y afecta a su autoestima.

La expresión más grave de las actitudes anti-LGBTQ puede verse en el aumento de las tasas de ideación suicida en las poblaciones LGBTQ, especialmente entre jóvenes que están resolviendo su identidad sexual o de género. Los jóvenes LGBTQ suelen ocultar a sus padres sus preocupaciones sobre su identidad sexual o de género, y es posible que no acudan fácilmente a ellos en busca de apoyo. En EE.UU., por ejemplo, este problema se agrava en los estados socialmente conservadores, donde los esfuerzos por identificar las necesidades de salud mental de los jóvenes LGBTQ se consideran “reclutamiento” o “preparación”. Los psiquiatras que tratan a jóvenes LGBTQ deben ser conscientes de las condiciones socioculturales que pueden exacerbar el malestar psicológico de sus pacientes.

En conclusión, no es inusual que los pacientes LGBTQ se enfrenten al estigma y la discriminación en sus familias, comunidades y en el mundo en general. Estas experiencias tienen consecuencias para la salud mental con las que a menudo se encuentran los clínicos. Una forma de mitigar este estrés es demostrar a los pacientes, tanto con palabras como con hechos, que no tendrán que enfrentarse al estigma y la discriminación en el entorno clínico. Esta es una tarea que cualquier psiquiatra ético puede y debe ser capaz de realizar.

Jack Drescher

Columbia University, New York, NY, USA

1. Bayer R. Homosexuality and American psychiatry: the politics of diagnosis. New York: Basic Books, 1981.
2. Wakefield JC. World Psychiatry 2024;23:285-6.
3. Drescher J. Arch Sex Behav 2010;39:427-60.
4. Drescher J. Int Rev Psychiatry 2015;27:386-95.
5. Reed GM, Drescher J, Krueger RB et al. World Psychiatry 2016;15:205-21.
6. Drescher J. Annu Psychoanal 2002;30:57-68.
7. US Institute of Medicine Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The health of lesbian, gay, bisexual and transgender people: building a foundation for better understanding. Washington: National Academies Press, 2011.
8. Levounis P, Drescher J, Barber ME (eds). The LGBT casebook. Washington: National Academies Press, 2012.
9. Meyer IH. J Health Soc Behav 1995;36:38-56.

DOI:10.1002/wps.21193

(Drescher J. Improving the approach to LGBTQ persons in mental health care settings: a clinician's perspective. World Psychiatry 2024;23:213–214)

Filosofía de la psiquiatría: avances teóricos e implicaciones clínicas

Dan J. Stein¹, Kris Nielsen², Anna Hartford¹, Anne-Marie Gagné-Julien³, Shane Glackin⁴, Karl Friston⁵, Mario Maj⁶, Peter Zachar⁷, Awais Aftab⁸

¹South African Medical Research Council Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders, Department of Psychiatry and Neuroscience Institute, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; ²School of Psychology, Te Herenga Waka-Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand; ³Centre for Research in Ethics, Canada Research Chair in Epistemic Injustice and Agency, Université du Québec à Montréal, Montreal, Canada; ⁴Department of Sociology, Philosophy and Anthropology, University of Exeter, Exeter, UK; ⁵Wellcome Trust Centre for Neuroimaging, Institute of Neurology, University College London, London, UK; ⁶Department of Psychiatry, University of Campania “L. Vanvitelli”, Naples, Italy; ⁷Department of Psychology, Auburn University Montgomery, Montgomery, AL, USA; ⁸Department of Psychiatry, School of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA

El trabajo en la intersección de la filosofía y la psiquiatría tiene una historia extensa e influyente, y ha recibido una mayor atención recientemente, con la aparición de asociaciones profesionales y una creciente literatura. En este artículo, revisamos los avances clave en el trabajo sobre filosofía y psiquiatría, y sus implicaciones clínicas relacionadas. En primer lugar, para comprender y categorizar los trastornos mentales, ahora se consideran importantes tanto consideraciones naturalistas como normativistas: los constructos psiquiátricos requieren una consideración tanto de hechos como de valores. A nivel conceptual, esta visión integradora fomenta el alejamiento del cientificismo estricto hacia un naturalismo blando, mientras que en la práctica clínica esto facilita la atención a la salud mental basada tanto en la evidencia como en los valores. En segundo lugar, al considerar la naturaleza de la ciencia psiquiátrica, cada vez se hace más hincapié en un enfoque pluralista, que incluye el pluralismo ontológico, explicativo y de valores. Desde el punto de vista conceptual, un enfoque pluralista reconoce las interacciones causales multinivel que dan lugar a la psicopatología, mientras que desde el punto de vista clínico enfatiza la importancia de una amplia gama de “marcadores de diferencias”, así como la consideración de la “experiencia vivida” tanto en la investigación como en la práctica. En tercer lugar, al considerar una serie de cuestiones sobre cerebro y mente, y cómo los factores somáticos y psíquicos contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los trastornos mentales, el trabajo conceptual y empírico sobre la cognición encarnada proporciona un enfoque cada vez más valioso. Considerar el cerebro-mente como encarnado, integrado y enactivo ofrece un acercamiento conceptual al problema mente-cuerpo que facilita la integración clínica de los avances tanto de la neurociencia cognitivo-afectiva como de la psicopatología fenomenológica.

Palabras clave: Filosofía de la psiquiatría, naturalismo, normativismo, cientificismo, reduccionismo, atención basada en valores, pluralismo, problema mente-cuerpo, cognición encarnada, enactivismo.

(Stein DJ, Nielsen K, Hartford A, Gagné-Julien AM, Glackin S, Friston K, et al. *Philosophy of psychiatry: theoretical advances and clinical implications. World Psychiatry* 2024;23:215–232)

El trabajo en la intersección de la filosofía y la medicina supone una importante contribución al considerar cuestiones metafísicas clave (por ejemplo, ¿cuál es la naturaleza de la enfermedad?), preguntas epistemológicas (por ejemplo, ¿cómo determinamos la validez de los conceptos diagnósticos?) y temas éticos (por ejemplo, ¿cómo afecta la enfermedad a la personalidad?). Cuestiones análogas se plantean en la intersección de la filosofía y la psiquiatría. Desde la antigüedad, las respuestas implícitas y explícitas han tenido una influencia crucial en la práctica clínica. En Occidente, por ejemplo, la respuesta de Aristóteles a estas preguntas implicaba una noción de la “media aurea”, mientras que en Oriente se desarrolló un enfoque que hacía hincapié en los conceptos del yin y el yang; estos marcos se emplearon para comprender la enfermedad y el comportamiento desviado, y han influido en los profesionales clínicos desde entonces^{1,2}.

Los avances científicos posteriores a la Ilustración plantearon nuevas cuestiones conceptuales sobre medicina y psiquiatría. K. Jaspers es una figura particularmente importante en la historia de la filosofía de la psiquiatría; no solo escribió un libro de texto clave de psiquiatría clínica (Psicopatología general), sino que también expresó ideas avanzadas sobre la mejor manera de conceptualizar e investigar los trastornos mentales³. Su enfoque ha tenido una influencia duradera y sustancial en los conceptos y la práctica a nivel clínico⁴. En las últimas décadas, estas cuestiones han recibido cada vez más atención, con el surgimiento de sociedades y conferencias profesionales, así como de revistas, libros de texto

y series de libros dedicados específicamente a la filosofía y la psiquiatría⁵⁻⁹.

Una influyente bibliografía ha enfatizado las distintas competencias que deben adquirir los profesionales sanitarios¹⁰. Más recientemente, se ha propuesto la noción de “competencia conceptual”.

En el cuidado de la salud, la competencia conceptual se refiere a “la conciencia transformadora de las formas en que los supuestos conceptuales de fondo sostenidos por los médicos, los pacientes y la sociedad influyen y conforman aspectos de la asistencia clínica”⁷. Estos supuestos están relacionados con una serie de cuestiones, como los conceptos de enfermedad, valores profesionales, explicaciones causales y el problema mente-cuerpo. Aquí pretendemos llamar la atención y enfatizar la importancia de la competencia conceptual para la psiquiatría.

En las ciencias de la salud, cada vez se presta más atención a los enfoques basados en la evidencia, y se espera que las revisiones más avanzadas sinteticen la literatura de forma rigurosa¹¹. En filosofía, existe un debate continuo no solo sobre los parámetros de la buena filosofía, sino también sobre si el campo realmente progresa con el tiempo^{12,13}. En este artículo, nos centramos en tres áreas en la intersección de psiquiatría y filosofía, ejemplificando una amplia gama de debates conceptuales en el campo, que sugieren que se han producido algunos progresos –si no en la resolución de todas las cuestiones conceptuales, al menos en articularlas claramente– y que tienen especial relevancia para los clínicos.

Comenzamos por considerar las respuestas a la cuestión clave de la naturaleza y los límites de la psicopatología, una cuestión que ha estado durante mucho tiempo en el centro de la filosofía de la psiquiatría. Luego consideraremos cuestiones sobre la naturaleza de los constructos y las explicaciones psiquiátricas en general, y sobre la mejor manera de pensar la relación cerebro-mente en particular. Al describir los avances que se han realizado y sus implicaciones clínicas, argumentamos que ha habido un énfasis creciente y útil en el campo del naturalismo blando, el pluralismo explicativo y la cognición encarnada, conceptos que exploraremos con más detalle.

LA NATURALEZA DEL “TRASTORNO” Y LA INTERACCIÓN DE HECHOS Y VALORES

En la última parte del siglo XX, un grupo de pensadores, a menudo denominados neokraepelinianos, se vieron a sí mismos poniendo fin al predominio del psicoanálisis, contrarrestando las críticas de los antipsiquiatras y reorientando la psiquiatría hacia la tradición médica convencional¹⁴. Al hacerlo, se remontaron a la psiquiatría europea de finales del siglo XIX, que se alineó con el resto de la medicina cuando E. Kraepelin propuso una influyente clasificación de las enfermedades mentales basada en una descripción clínica rigurosa y en la historia natural. Asimismo, los neokraepelinianos afirmaban que podían utilizarse criterios diagnósticos definidos con precisión para descubrir las causas biológicas específicas de los síndromes psiquiátricos y establecer la psiquiatría como rama de la medicina^{15,16}.

Aunque las ideas de R. Spitzer, el arquitecto del DSM-III, diferían en algunos aspectos de los neokraepelinianos, este enfoque ayudó a sustentar el desarrollo de ese manual diagnóstico^{17,18}. Además, los avances de la psicofarmacología en la década de 1960 contribuyeron a respaldar la idea de que los trastornos psiquiátricos son entidades concretas con fisiopatologías específicas y que, por tanto, responden de forma diferencial a los medicamentos. De hecho, D. Klein, psicofarmacólogo cuyo trabajo influyó en el desarrollo del DSM-III, propuso el concepto de “disección farmacológica”. Sostenía que los trastornos mentales no solo respondían de forma selectiva a determinados medicamentos, sino también los subtipos específicos de trastornos. Por ejemplo, la depresión atípica respondía preferentemente a los inhibidores de la monoaminooxidasa^{19,20}.

En el siglo XXI, sin embargo, la relación entre el DSM y la psiquiatría biológica ha cambiado, y los psiquiatras con orientación biológica se han convertido en destacados críticos del manual. T. Insel, durante su mandato como director del Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. (NIMH), ejemplificó este cambio. Subrayó que los trastornos psiquiátricos son trastornos del circuito cerebral y que los diagnósticos descriptivos basados en síntomas y no en pruebas de laboratorio no están alineados con el resto de la medicina²¹. También argumentó que, dado que las categorías del DSM no tienen una base biológica, el uso de estas categorías en la investigación interfiere, en lugar de promover, el descubrimiento de los mecanismos causales de la psicopatología. De ahí que Insel apoyara, en lugar de los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC) que fueron clave para el desarrollo del DSM²², el desarrollo de un conjunto de Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) por parte del NIMH²³, y pusiera en primer plano la neurociencia traslacional como fundamento de la psiquiatría²¹.

De hecho, podría parecer que, a lo largo de su historia, la psiquiatría ha ido dando tumbos de un modelo a otro, en el que prevalecen conceptos totalmente distintos del trastorno mental. En

EE.UU., cabe destacar que el pensamiento psicoanalítico prevaleció durante muchas décadas, antes de dar paso a una perspectiva más neurobiológica²⁴. También ha habido un debate considerable sobre la naturaleza y clasificación de los trastornos mentales, tal vez ejemplificado y espoleado sobre todo por la decisión de excluir la homosexualidad como trastorno del DSM^{25,26}. En filosofía de la ciencia, la noción de paradigmas científicos de T.S. Kuhn ha tenido una enorme influencia²⁷, y en psiquiatría muchos han propuesto cambios de paradigma para el campo²⁸.

El choque entre distintos modelos psiquiátricos ha puesto en primer plano los enigmas conceptuales. Por ejemplo, la idea planteada tanto por los neokraepelinianos como por los neurocientíficos traslacionales de que los trastornos mentales son trastornos cerebrales plantea una serie de cuestiones filosóficas interrelacionadas y perennes, como la validez de los conceptos diagnósticos, la relación entre las distintas explicaciones de la enfermedad mental y el problema mente-cuerpo^{29,30}. Cada una de estas cuestiones conceptuales tiene importantes implicaciones clínicas y de investigación, como se ejemplifica en los encendidos debates entre los defensores de la psiquiatría de orientación biológica vs. el psicoanálisis, entre los que enfatizan las causas intrínsecas vs. los determinantes sociales de la enfermedad mental, o entre los partidarios y los críticos de los RDoC. Abordar estas cuestiones conceptuales parece cada vez más urgente, dado el creciente reconocimiento de la carga que suponen los trastornos mentales y la continua necesidad de mejores intervenciones.

En esta sección nos centramos en la naturaleza de los trastornos mentales, proporcionando una base desde la que considerar otros debates conceptuales clave a medida que avanza el documento. La naturaleza de los trastornos mentales plantea a su vez una serie de cuestiones subsidiarias, cada una de las cuales se abordará aquí: ¿Qué justifica que un determinado estado biológico o conductual sea un trastorno? ¿Reflejan las clasificaciones psiquiátricas las características naturales de la psicopatología, o reflejan nuestros intereses clínicos y sociales? ¿Es mejor considerar los trastornos mentales como entidades universales que son similares entre individuos, o como moldeados de formas particulares que son únicas para cada persona? ¿Qué implicaciones tiene el diagnóstico psiquiátrico para la agencia personal?

Estado del trastorno: naturalismo y normativismo

En una versión binaria directa de este debate, el naturalismo y el normativismo son puntos de vista contrarios y diametralmente opuestos (ver Tabla 1). Nos viene a la mente la frase “las guerras del trastorno”³¹.

En un extremo se encuentra el naturalismo duro, es decir, la visión de que el concepto de “trastorno” puede describirse en términos completamente fácticos y libres de valores y que la mejor forma de estudiarlo es utilizando metodologías continuas con las empleadas en ciencias naturales como la química y la genética. Muchos psiquiatras biológicos de finales del siglo XX sostenían este punto de vista hasta el punto de aceptar que los trastornos psiquiátricos están causados por una disfunción neurobiológica y entendían que la psicología anormal era el resultado de un funcionamiento cerebral objetivamente desviado^{15,16}.

En la filosofía de la medicina, la noción de trastorno como desviación objetiva de un estado de salud es expresada sobre todo por C. Boorse. Para él, la salud es un estado de funcionamiento biológico normal, y las funciones son normales si contribuyen

Tabla 1 Preguntas en el debate naturalista-normativista y posibles respuestas alternativas.

¿Existen estados biológicos y conductuales que puedan caracterizarse como disfuncionales en términos objetivos independientes de los intereses humanos?

- Sí, la disfunción puede describirse en términos totalmente libres de valores.
- Es posible que la disfunción no se defina explícitamente en términos cargados de valores, pero un componente evaluativo o los intereses humanos entrarán en juego cuando el concepto se operacionalice en un contexto concreto.
- No. Existen procesos biológicos y conductuales, pero la caracterización de estos procesos como “disfuncionales” no es un hecho objetivo independiente de los intereses humanos.

¿Existe una esencia compartida por todas las disfunciones?

- Sí. Las disfunciones se agrupan porque comparten una esencia (p. ej., todas son fallos de un mecanismo para realizar una función para la que fue seleccionado de forma natural).
- No. La disfunción se refiere a una familia de conceptos relacionados, de modo que no existe una explicación única que sea exclusivamente correcta o privilegiada, ni una característica común compartida por todos. Algunos de estos conceptos pueden carecer de valores y otros pueden estar cargados de valores.
- Sí. Lo que estos procesos tienen en común es un juicio social o psicológico popular sobre la anormalidad.

¿Es necesaria la «disfunción» para que se considere un trastorno?

- Sí
 - Necesario y suficiente.
 - Necesario pero no suficiente: también es necesario un componente de daño o un componente de interés humano.
- No. Los juicios sobre el trastorno pueden emitirse legítimamente en ausencia de un juicio explícito de “disfunción” (p. ej., basándose en consideraciones de regularidades biológicas o conductuales – “grupos de propiedades mecanicistas” – y daño).

¿Cuáles son los intereses humanos relevantes?

- Diversas consideraciones de daño (p. ej., angustia, discapacidad, riesgo).
- Intereses clínicos y científicos diversos que surgen en contextos diferentes.
- Diversos intereses y valores de las partes interesadas.
- Normas socioculturales (desviación social).
- Normas funcionales de automantenimiento y adaptación.

causalmente a la supervivencia o reproducción típica de la especie³². Boorse ha insistido notablemente en mantener este punto de vista; veinte años después de sus artículos originales, publicó una extensa refutación a sus críticos³³, y casi dos décadas más tarde, en un simposio sobre su trabajo, volvió a rebatir a sus críticos³⁴. De hecho, se ha sugerido que, después de Boorse, los filósofos de la medicina deben trabajar dentro de su teoría o explicar por qué no³⁵.

En el otro extremo de la división, el normativismo fuerte sostiene que no existe un conjunto de procesos biológicos naturales y objetivamente descriptibles que podamos caracterizar como “disfuncionales” y, por tanto, las atribuciones de los trastornos están completamente cargadas de valores. Sin embargo, los normativistas difieren en cuanto a la supuesta naturaleza de estos juicios de valor.

Para K.W.M. Fulford, el trastorno es inherentemente normativo porque se basa en la “experiencia de enfermedad”, la experiencia

directa del paciente de que algo ha ido mal, que depende de intuiciones sociales o psicológicas populares de lo que es anómalo³⁶. Para Fulford, la carga de valores de la experiencia de enfermedad no solo une medicina y psiquiatría, sino que también humaniza ambos campos.

T. Szasz, conocido por su crítica de la psiquiatría, ofrece una visión totalmente diferente. Para él, los juicios de trastorno en psiquiatría son juicios de desviación basados en normas socioculturales, sin evidencia de la presencia de una enfermedad biológica. Su visión de los trastornos válidos surge de una fuerte visión naturalista de la enfermedad física junto con una fuerte visión normativista de la enfermedad mental. Las enfermedades deben describirse en términos de cambios patológicos objetivos y, dado que los estados que denominamos “trastornos mentales” están cargados de valores y carecen de evidencia de tales alteraciones, su caracterización como trastornos o enfermedades es un error de categoría, un mito. Para Szasz, la carga de valores se convierte en una razón para cuestionar la legitimidad médica de la psiquiatría.

Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que quienes consideran que los conceptos de trastorno están inherentemente cargados de valores no niegan necesariamente la realidad biológica de las afecciones. Naturalistas y normativistas pueden estar de acuerdo sobre los hechos fisiológicos y conductuales en cuestión y, sin embargo, discrepar sobre si el estado en cuestión es saludable o trastornado³⁷. Como ha ilustrado el filósofo R. Cooper utilizando una metáfora de las malas hierbas y las margaritas, todos podemos estar de acuerdo en lo que es una margarita como especie, pero discrepar sobre su condición de mala hierba³⁸. Del mismo modo, los investigadores pueden estar de acuerdo en los mecanismos biológicos del trastorno disfórico premenstrual, pero discrepan sobre su estatus de trastorno mental^{39,40}.

Para los naturalistas, la medicina es en su núcleo teórico una disciplina científica como las demás ciencias naturales y sujeta a un tipo similar de interacción de hechos naturales e intereses humanos³³. Para los normativistas, los conceptos de trastorno no son fundamentalmente científicos, sino más bien conceptos clínicos y prácticos. Se basan en las experiencias de angustia, discapacidad y alteración, que se interpretan como indicadores de que algo va mal y que llevan a los pacientes a buscar ayuda profesional para sus problemas. Desde una perspectiva normativista, la medicina es en esencia una actividad práctica dirigida a reducir el sufrimiento humano y mejorar el bienestar^{36,41,42}.

El debate naturalista-normativista adquiere un valor especial en psiquiatría, en parte debido a la forma en que las figuras antipsiquiátricas, como Szasz, han esgrimido la carga de valores para cuestionar la noción de enfermedad mental. Los nuevos movimientos críticos han ido incluso más allá de este enfoque, explorando cómo los valores sociales y culturales influyen en las visiones de lo normal y lo patológico. Los estudios sobre neurodiversidad, por ejemplo, sostienen que perfiles cognitivos como el autismo pueden ser socialmente incapacitantes, pero no son intrínsecamente patológicos^{43,44}. Del mismo modo, los estudios sobre la locura se resisten a patologizar la diversidad y enfatizan los factores sociales como causa de malestar^{45,46}.

Las posiciones binarias tienen la ventaja de ser sencillas. Sin embargo, una desventaja es que, cuando se entienden como opuestas entre sí, a menudo se acentúan sus diferencias, de modo que cada postura puede definirse por lo que la otra rechaza. Además, un avance importante en la filosofía de la ciencia ha sido la apreciación del papel que desempeñan los valores en la ciencia y el reconocimiento de que la noción de una ciencia sin valores no

solo es insostenible, sino también indeseable⁴⁷. Por ejemplo, los valores influyen en qué problemas científicos se priorizan, cómo se estudian, cómo se gestiona la incertidumbre, cuánta evidencia se considera suficiente y cómo se utiliza la evidencia científica para fundamentar la toma de decisiones prácticas. La incorporación de valores e intereses humanos a una noción más amplia de objetividad científica ha enriquecido nuestra comprensión de las ciencias naturales.

El naturalismo fuerte corre el riesgo de caer en el cientificismo, es decir, en una dependencia excesiva de lo que actualmente se percibe como factual^{48,49}, mientras que el normativismo fuerte corre el riesgo de caer en un relativismo en el que cualquier condición socioculturalmente desvalorizada podría potencialmente considerarse un trastorno. En filosofía, una postura que se ha denominado “naturalismo blando” intenta evitar tanto el cientificismo como el relativismo, y reconocer la importancia tanto de los hechos como de los valores en la ciencia⁵⁰. De forma análoga, en la filosofía de la psiquiatría se han presentado una serie de propuestas diferentes sobre la mejor forma de incorporar consideraciones tanto naturalistas como normativas en la conceptualización de los trastornos mentales⁵¹.

Una postura integradora especialmente influyente, el análisis de la disfunción perjudicial de J. Wakefield, es un punto de vista híbrido que combina naturalismo y normativismo en medidas aproximadamente iguales^{52,53}. Un componente del trastorno, la “disfunción”, se define en términos evolutivos y libres de valores. La disfunción se refiere al fracaso de los mecanismos biológicos o psicológicos para realizar la función para la que fueron seleccionados de forma natural durante la evolución. El segundo componente del trastorno es que la disfunción es perjudicial para el individuo. La nocividad es normativa y, en opinión de Wakefield, viene determinada en gran medida por las normas sociales. Wakefield ha aplicado su análisis de la disfunción perjudicial a una amplia gama de trastornos psiquiátricos y, al igual que Boorse, ha interactuado ampliamente con sus críticos durante varias décadas⁵⁴.

De acuerdo con Wakefield, por ejemplo, desarrollar una depresión como reacción a un factor estresante, como una pérdida, es una respuesta adaptativa diseñada evolutivamente a la adversidad y no una disfunción. Por tanto, el DSM comete un error al clasificar estas reacciones depresivas como trastornos. Solo cuando la depresión surge de la nada, o no se resuelve una vez que el factor estresante ya no está activo, o va acompañada de algunas características específicas (como ideación suicida, psicosis o retraso psicomotor), nos resulta razonable suponer que los mecanismos diseñados para regular la tristeza en respuesta a la pérdida y la adversidad han fracasado^{55,56}.

Una alternativa reciente al análisis de Wakefield es un relato híbrido ofrecido por J. Tsou. Tsou define los trastornos mentales como tipos biológicos (componente libre de valores) con efectos nocivos (componente normativo) y, al hacerlo, elude la conjetura sobre qué funciones psicológicas normales son producto de la selección natural⁵⁷. En cambio, basándose en el trabajo de R. Boyd sobre grupos de propiedades en la naturaleza⁵⁸, argumenta que los tipos biológicos válidos son aquellos que muestran regularidades características debido a conjuntos estables de mecanismos biológicos que interactúan, lo que nos permite hacer inferencias y predicciones sobre categorías diagnósticas. Podemos hacerlo porque las propiedades que definen los tipos científicamente válidos son producidas por conjuntos similares de mecanismos causales.

Para Tsou, la esquizofrenia es un trastorno porque conlleva mecanismos causales compartidos que dan lugar a un conjunto

identificable de propiedades con regularidades predecibles (es decir, es de tipo biológico) y porque compromete la capacidad de una persona para funcionar adecuadamente según los estándares socioculturales (es decir, es perjudicial). Sin embargo, Tsou también incluiría como trastornos las reacciones psicológicas normales al estrés, como la depresión aguda, que se caracterizan por mecanismos biológicos que caen dentro del rango normal de funcionamiento. Así pues, el estándar naturalista de ser un tipo biológico es lo suficientemente amplio como para dar cabida a la gama de afecciones que tratan los profesionales de la salud mental.

Se han propuesto otras formas de salvar la división entre naturalistas y normativistas⁵⁹⁻⁶⁴. Gagné-Julien, por ejemplo, sostiene que los juicios sobre la disfunción están cargados de valores, pero, si existen procedimientos adecuados, estos pueden ser socialmente objetivos⁶⁴. Nielsen y Ward sostienen que la violación de la norma clave para los trastornos es una ruptura de las normas que sustentan el funcionamiento de un individuo dentro de su contexto social⁶². Intentan “naturalizar la normatividad” señalando que, en el ámbito psiquiátrico, los trastornos implican cogniciones y comportamientos que van en contra de las necesidades de automantenimiento y adaptación de un individuo; por lo tanto, el estado de trastorno se basa en las necesidades del individuo, más que en las normas sociales.

El naturalismo fuerte puede atenuarse reconociendo que los valores e intereses humanos desempeñan un papel importante en los contextos clínicos y científicos. Muchos estarían de acuerdo en que el concepto de trastorno invoca nociones cargadas de valores, como discapacidad, daño y sufrimiento⁶⁵⁻⁶⁷. Autores como L. Reznick, D. Murphy y R. Cooper consideran que los trastornos son procesos naturales que se mantienen unidos en virtud de los intereses humanos, similares a categorías como “mala hierba” o “alimaña”^{38,68,69}. Estas formas más débiles de conceptos naturalistas del trastorno pueden considerarse ejemplos de un naturalismo blando que hace hincapié en la complejidad y confusión del mundo, así como en la necesidad de abordar tanto los mecanismos subyacentes a la enfermedad como la experiencia de enfermedad⁷⁰.

Una visión de la ciencia influida por valores también puede aportar matices a un normativismo fuerte. Esto se puede atenuar apreciando que las caracterizaciones de los trastornos a menudo requieren negociación entre valores en competencia, y argumentando que los valores que influyen en nuestra definición de enfermedad mental se pueden debatir y criticar para alcanzar un consenso sobre el tipo de valores que son deseables en psiquiatría (p. ej., valores relativos con el florecimiento humano, el bienestar, la reducción de daños, vs. valores opresivos como el racismo y el sexismo)^{71,72}. En particular, Spitzer se mostró abierto a articular los valores que sustentan el DSM-III⁷³. Además, varios autores han abogado por procesos consultivos de toma de decisiones que incluyan las voces de los pacientes en la pregunta “¿Qué es un trastorno mental?”, con el fin de garantizar que los intereses de los pacientes estén representados en las clasificaciones y conceptos psiquiátricos^{39,74-81}.

El normativismo fuerte también puede atenuarse reconociendo que puede alcanzarse un amplio acuerdo científico sobre la co-presentación y co-variación de los signos y síntomas que caracterizan los estados psiquiátricos considerados como trastornos. Por ejemplo, el hecho de que las personas presenten o no los síntomas de anorexia nerviosa puede considerarse una cuestión empírica, y el deterioro del funcionamiento asociado a estas dificultades puede ser reconocido por todos los observadores, independientemente de la naturaleza cargada de valores de los criterios por los que se puede

juzgar el deterioro del funcionamiento. Además, también puede llegarse a un acuerdo científico sobre la implicación de determinados procesos neurobiológicos en afecciones psiquiátricas específicas⁸², aunque estos procesos no puedan caracterizarse como “disfuncionales” únicamente por motivos neurocientíficos⁶³.

Las consideraciones pragmáticas han asumido un papel cada vez más destacado en la conceptualización de los trastornos mentales. Sin embargo, las consideraciones pragmáticas tienden a centrarse en objetivos clínicos y científicos más que en normas y valores socioculturales. Por ejemplo, al articular la noción de tipo práctico, P. Zachar sostiene que el desarrollo de los conceptos de trastorno en el DSM y la CIE puede verse como un intento de calibrar los conceptos con múltiples objetivos, como mejorar la fiabilidad, apoyar la validez etiopatológica, facilitar la comunicación, orientar el tratamiento, minimizar la estigmatización y promover la investigación⁸³.

La superación de la división entre naturalistas y normativistas ofrece enseñanzas clave para los clínicos. En concreto, este puente ofrece una base importante para complementar la atención basada en la evidencia con la atención basada en valores. La atención basada en la evidencia se centra en gran medida en una síntesis de la literatura médica, mientras que la atención sanitaria basada en valores nos recuerda la importancia de evaluar y abordar los valores de los pacientes. La atención basada en valores es consistente con un modelo de práctica centrada en el paciente, donde los valores de cada paciente son fundamentales para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia. El modelo de Fulford hace hincapié en que la atención sanitaria basada en valores se basa en habilidades, siendo las habilidades más importantes la conciencia (de los valores), el razonamiento y el conocimiento (sobre los valores) y las habilidades de comunicación⁸⁴. Cada una de estas habilidades se basa en fuentes filosóficas, pero también ejemplifica la buena práctica psiquiátrica.

Clasificación psiquiátrica: abordando el esencialismo

Una vez identificado implícita o explícitamente una clase de trastorno mental, un conjunto de estados psicopatológicos o una comunidad de afecciones psiquiátricas/problemas de salud mental, podemos preguntarnos además: ¿Cómo mapeamos el territorio de la psicopatología? ¿Cómo distinguimos entre afecciones dentro de la clase de trastornos mentales? ¿Cómo delimitamos el trastorno de la normalidad?

La filosofía de la psiquiatría ha sido útil para aclarar los supuestos metafísicos y metodológicos que guían la búsqueda de respuestas a estas preguntas. Un supuesto metafísico común en la clasificación psiquiátrica ha sido el esencialismo. Se trata de la noción de que las categorías tienen esencias, propiedades determinantes de la identidad que todos los miembros tienen en común y que los distinguen de los miembros de otras categorías. Los tipos con esencias se han denominado tipos naturales, lo que significa que reflejan la estructura del mundo natural. En el contexto de la psicopatología, una visión esencialista implica que las entidades de la enfermedad psiquiátrica se descubren a través de la investigación científica, de forma similar a la identificación de entidades de enfermedades infecciosas en medicina y, por lo tanto, una clasificación psiquiátrica válida “talla la naturaleza en sus uniones”, como dijo Platón^{85,86}.

La filosofía de la biología y de la psicología se han centrado recientemente en cómo los procesos y mecanismos causales sus-

tentan los fenómenos observados⁸⁷⁻⁸⁹. Cuando estos procesos y mecanismos se comprenden bien, los profesionales suelen poder utilizarlos como base para la clasificación. Este es el caso de las enfermedades infecciosas, en las que es posible una clasificación basada en la identificación del patógeno causante. Sin embargo, cuando los procesos y mecanismos de una enfermedad son particularmente complejos, dimensionales o multifactoriales, el conocimiento de la etiología por sí solo no ofrece necesariamente una clasificación óptima, y nos basamos en consideraciones adicionales –en lo que queremos que logre la clasificación– para trazar límites y fijar umbrales. Esto se aplica a muchas áreas de la medicina, pero es una cuestión más generalizada y pronunciada en psiquiatría^{90,91}.

Desde una perspectiva metafísica algo simplificada, podemos pensar que una clasificación delimita tipos naturales, tipos prácticos o tipos sociales. Si las clasificaciones psiquiátricas como el DSM y la CIE demarcaran tipos naturales, esperaríamos que cada diagnóstico correspondiera a una entidad que existe en la estructura del mundo, independientemente de los intereses humanos^{85,86}. E. Kraepelin, por ejemplo, creía en la existencia de entidades patológicas naturales en psiquiatría y, además, opinaba que la anatomía patológica, la etiología y la sintomatología clínica, incluido el curso de la enfermedad, coincidirían en el caso de dichas entidades⁹².

La suposición de que existen entidades patológicas naturales en psiquiatría también fue adoptada por los neokraepelinianos, y guió implícitamente el desarrollo del DSM-III^{93,94}. Además, la noción kraepeliniana de convergencia de validadores también fue aceptada por Robins y Guze⁹⁵, quienes asumieron que los validadores propuestos de descripción clínica, hallazgos de laboratorio, curso de la enfermedad y estudios familiares apuntarían todos hacia las mismas entidades patológicas. Esto estableció la agenda para un programa de investigación durante las siguientes décadas en que los investigadores trataron de validar los constructos diagnósticos del DSM.

Sin embargo, en la década de los 90, cada vez se reconocía más que los distintos validadores no se alineaban inevitablemente para ofrecer una única clasificación privilegiada, de forma que equivalía a una versión psiquiátrica de la tabla periódica de elementos⁹⁶. Más bien, diferentes validadores sugerían mapas alternativos del espacio de la psicopatología⁹⁷. Por ejemplo, en el estudio de la esquizofrenia, los antecedentes familiares compartidos sugieren un mapeo amplio (espectro de la esquizofrenia), mientras que los pobres resultados indican un mapeo más estrecho (esquizofrenia). En un escenario así, los hechos empíricos por sí solos no determinan qué validadores debemos utilizar. Nuestra elección de validadores depende también de nuestros supuestos y objetivos, que pueden diferir de un profesional a otro y de un contexto a otro.

En contraste con el punto de vista del tipo natural está la visión escéptica de que las categorías de las clasificaciones psiquiátricas son tipos sociales, construidos casi en su totalidad por procesos sociales (es decir, un fuerte construccionismo social). Este punto de vista atrae a muchos críticos de la psiquiatría, que señalan la evidente influencia de factores socioculturales en la presentación de los trastornos psiquiátricos y la incapacidad de la investigación psiquiátrica para identificar biomarcadores diagnósticos válidos. La perspectiva del tipo social se apoya además en ejemplos como la “histeria” y el “trastorno de personalidad múltiple”, cuya popularidad entre los clínicos en diversos momentos de la historia se ha parecido al auge y caída de las modas. También se es cada vez más consciente de que los fenómenos psicopatológicos están sujetos a “efectos bucle”, de modo que el propio acto de clasificación modi-

fica el comportamiento del individuo clasificado, lo que respalda aún más la visión construccionista social⁹⁸.

Sin embargo, este punto de vista en su fuerte articulación parece insostenible, ya que no tiene en cuenta que la investigación científica ha descubierto relaciones entre procesos neurobiológicos y grupos de síntomas psiquiátricos, aunque estas relaciones no se correspondan necesariamente con categorías específicas del DSM o la CIE. Por ejemplo, la investigación psiquiátrica ha identificado cientos de variaciones genéticas que están asociadas con una serie de trastornos psiquiátricos, de modo que las influencias genéticas en la psicopatología a menudo trascienden los límites diagnósticos del DSM^{99,100}. La relación entre las variantes genéticas y la psicopatología es, por tanto, compleja y transdiagnóstica, pero no ausente ni caótica¹⁰¹.

La noción de tipos prácticos ofrece un contraste diferente a la perspectiva esencialista de los tipos naturales, y se alinea con la visión naturalista blanda de que la ciencia psiquiátrica es un proceso tanto científico como social. Puede que no haya “uniones naturales” en psicopatología, pero hay hechos científicos en forma de patrones de síntomas y covariación que limitan cualquier intento científico de nosología¹⁰². Dentro de estas limitaciones, los límites que trazamos reflejarán a menudo nuestros objetivos pragmáticos, y los umbrales diagnósticos se verán influidos tanto por hechos como por valores. Los tipos prácticos son constructos heurísticos útiles que categorizan el espacio neurofisiológico y psicológico de forma que sirvan a nuestros objetivos científicos y clínicos. La naturaleza pragmática de la clasificación psiquiátrica también se ve respaldada al considerar la historia de la nosología psiquiátrica, que muestra la naturaleza contingente de nuestros constructos diagnósticos contemporáneos, y cómo nuestras clasificaciones habrían sido bastante diferentes si no hubieran existido ciertas figuras históricas clave en psiquiatría o si hubieran hecho elecciones diferentes^{103,104}.

Distanciarnos de los supuestos esencialistas sobre los tipos naturales en psicopatología nos permite apreciar la complejidad de los trastornos mentales y nos permite mapear y modelar fenómenos psiquiátricos utilizando distintos enfoques. Por ejemplo, los enfoques idiográficos se centran en la singularidad del paciente psiquiátrico individual: cómo sus problemas de salud mental surgen de una combinación específica de factores predisponentes, historia del desarrollo, experiencias vitales, adaptaciones conductuales y mecanismos psicológicos de defensa. Este enfoque utiliza principios generales del funcionamiento psicobiológico para formular una narrativa específica para un paciente. El objetivo de la clasificación, por tanto, es ayudar al desarrollo de una formulación clínica.

El fracaso a la hora de identificar categorías de enfermedades basadas en la etiología también ha estimulado los esfuerzos psicométricos para modelar la psicopatología. El análisis psicométrico va más allá de las variables manifiestas, que pueden medirse u observarse directamente, para modelar matemáticamente variables latentes u ocultas, que no pueden observarse directamente y solo emergen a través del análisis estadístico. El consorcio de Taxonomía Jerárquica de Psicopatología (HiTOP)¹⁰⁵ ejemplifica este programa de investigación estadística cuantitativa. Intenta combinar signos y síntomas de psicopatología en rasgos homogéneos, para ensamblar dichos rasgos en síndromes derivados empíricamente y, a continuación, agrupar estos síndromes en espectros (p. ej., “internalizante” y “externalizante”)¹⁰⁶.

El enfoque psicométrico del HiTOP ha generado un debate considerable¹⁰⁷⁻¹⁰⁹. En primer lugar, en la práctica clínica parece haber algunas entidades definidas, que responden a tratamientos específicos; la narcolepsia, por ejemplo, puede diagnosticarse utilizando

un biomarcador preciso, y puede tratarse eficazmente utilizando determinados medicamentos. En segundo lugar, las dimensiones y categorías no necesariamente son mutuamente excluyentes; por ejemplo, en la dimensión de extraversión, puede utilizarse un punto de corte concreto para definir a un extrovertido^{110,111}. En tercer lugar, de especial relevancia para las posturas que enfatizan la importancia de los mecanismos causales para la clasificación, los enfoques psicométricos enfatizan características descriptivas y pueden eludir la etiología subyacente⁶¹.

Otra vertiente de la investigación filosófica se ha centrado en el uso de las definiciones operativas empleadas por el DSM. En un esfuerzo por mejorar la fiabilidad entre evaluadores y facilitar la investigación psiquiátrica, el DSM, a partir de su tercera edición, ofrece criterios operativos para cada trastorno que especifican detalles como una lista (relativamente específica) de síntomas, número de síntomas que deben estar presentes y tiempo durante el cual deben estar presentes. ¿Cómo debe conceptualizarse la relación entre los criterios y el trastorno? La falta de claridad a este respecto conduce a otra forma de confusión, en que se cree que los criterios operativos constituyen el trastorno en sí.

Las definiciones operativas son definiciones parciales que no especifican todos los detalles de los fenómenos estudiados¹¹². Tienen un elemento de vaguedad que se hace evidente cuando nuevas preguntas científicas nos obligan a articular los conceptos con mayor precisión.

El DSM excluyó los síntomas no-específicos (como la ansiedad en la depresión) de los criterios operativos, pero estos síntomas siguen formando parte del síndrome descrito (p. ej., depresión). Además, la naturaleza politética de los criterios del DSM permite que muchas configuraciones diferentes de síntomas alcancen el umbral del trastorno, pero no se considera que estas configuraciones diferentes de síntomas constituyan trastornos diferentes. En cambio, se entienden mejor como formas diferentes de identificar un trastorno.

K.S. Kendler ha desarrollado la distinción entre criterios diagnósticos indexicales y constitutivos¹¹³. Los criterios diagnósticos se consideran indexicales cuando se entiende que son formas fallibles de identificar un trastorno; se consideran constitutivos cuando el criterio sintomático es el trastorno. Según Kendler, los criterios del DSM pretenden ser indexicales, y considerarlos constitutivos es un error conceptual. Así, por ejemplo, hay 227 formas de cumplir los criterios del DSM para la depresión mayor, pero se trata de diferentes formas de indexar la depresión mayor, no de 227 tipos de depresión mayor¹¹⁴. No existe una correcta operacionalización única y privilegiada, sino que las distintas definiciones operativas pueden refinarse y optimizarse para distintos fines.

En conjunto, una visión contemporánea emergente de la taxonomía psiquiátrica incorpora la dimensionalidad de la psicopatología (hay pocas entidades delimitadas), las perspectivas de los sistemas dinámicos complejos (pueden surgir patrones sintomáticos relativamente estables a partir de interacciones irreducibles entre múltiples factores) y las perspectivas de la cognición encarnada (los mecanismos causales atraviesan el cerebro, el cuerpo y el entorno). Esta visión de la psicopatología no invalida ni hace inútiles los sistemas diagnósticos categóricos como el DSM y la CIE, pero nos anima a abandonar el sesgo esencialista que nos ha llevado a cosificarlos, a atribuirles una correspondencia con la realidad objetiva que no poseen^{115,116}.

¿Qué relevancia tiene esta visión de la taxonomía para la práctica clínica? Los clínicos deben ser conscientes del trabajo realizado y del valor de nuestra nosología, pero también de su carácter provi-

sional y de sus importantes limitaciones¹¹⁷. En particular, aunque el DSM tiene utilidad clínica, a menudo ha sido criticado por facilitar un enfoque de casilla de verificación para la valoración y evaluación psiquiátrica. Los clínicos deben ser conscientes de que es posible que características importantes de los trastornos mentales hayan sido descritas en la literatura psiquiátrica y, sin embargo, no estén recogidas en el DSM¹¹⁸. Además, aunque el diagnóstico puede comenzar con el DSM o la CIE, una evaluación integral debe evaluar una serie de ámbitos, incluidos los subtipos clínicos, gravedad y estadificación de los síntomas, esquemas cognitivos, factores estresantes del entorno y factores de protección¹¹⁹. Por último, las formulaciones clínicas necesitan complementar nuestro creciente conocimiento de las características de los trastornos psiquiátricos con una comprensión idiográfica de cada paciente individual¹²⁰.

Diagnóstico psiquiátrico y agencia personal

Los debates relativos a la taxonomía psiquiátrica pueden tener importantes implicaciones para la autoconcepción y autocomprensión individuales¹²¹. Como se ha señalado, los criterios del DSM no deben tomarse literalmente como plenamente constitutivos de los trastornos, pero sin embargo a menudo se toman como tal, y la influencia del DSM en la forma en que se perciben los trastornos mentales ha sido profunda. Se ha expresado preocupación por el alcance indebido de esta influencia, especialmente dado el inevitable olvido de los factores específicos de la persona y el contexto en los criterios diagnósticos¹²¹.

En términos más generales, los debates sobre la naturaleza y clasificación de los trastornos también están implicados en el esfuerzo de los pacientes por comprender los límites de su yo en relación con sus trastornos. Dado que tanto los trastornos psiquiátricos como los medicamentos psiquiátricos pueden afectar a aspectos profundos de la autoexperiencia (como percepciones, deseos y sentimientos), puede surgir ambigüedad e incertidumbre con respecto a dónde empieza y acaba el “yo”, y cómo se ve afectado (o comprometido) el yo tanto por la enfermedad como por el tratamiento^{122,123}. La experiencia de ambigüedad a nivel fenomenológico puede agravarse aún más cuando los pacientes “se enfrentan a la vaguedad e incertidumbre asociadas a la cuestión de ‘qué es un trastorno psiquiátrico’”¹²³.

Las cuestiones relativas a la interacción entre agencia y trastornos mentales también han sido fundamentales en los debates sobre la relevancia de estos trastornos para las evaluaciones de la responsabilidad moral. Mientras que la psicopatología se ha tratado a menudo como paradigmáticamente eximente o atenuante en la literatura sobre la responsabilidad moral, ha habido un cambio creciente hacia evaluaciones más matizadas y un énfasis creciente en la necesidad de una evaluación caso por caso¹²⁴. Estas tendencias reflejan el mayor reconocimiento de factores específicos de cada persona y situación que afectan a la manifestación de la psicopatología en cualquier individuo en particular. En muchos casos, las capacidades de agencia relevantes están disminuidas o profundamente comprometidas, pero no dejan de estar presentes. En la adicción, por ejemplo, a menudo resulta inverosímil hablar de incapacitación general, dado que a menudo están implicados aspectos de elección y deliberación. Un útil conjunto de trabajos filosóficos ha explorado la cuestión de la responsabilidad en el contexto del trastorno mental¹²⁵⁻¹²⁷.

En términos más generales, se plantea la cuestión de cómo influyen las distintas formas de conceptualizar los trastornos

psiquiátricos en nuestras actitudes hacia las personas afectadas. Aunque se suponía que las concepciones más biológicas de los trastornos reducirían las actitudes estigmatizantes en general, la investigación empírica apunta a interacciones mucho más complejas¹²⁸. Estos hallazgos se alinean con preocupaciones teóricas sobre los costes interpersonales y sociales de la percepción de agencia disminuida, que, aunque a veces disminuye la percepción de responsabilidad, podría aumentar simultáneamente otras formas de aversión. De hecho, la investigación empírica ha sugerido que, en algunos contextos, las concepciones biológicas pueden resultar más estigmatizantes para las personas afectadas¹²⁹.

La conciencia del impacto de los diagnósticos psiquiátricos en la autoconcepción y autocomprensión de las personas diagnosticadas ha respaldado la opinión de que las personas con experiencia vivida podrían contribuir de forma útil al desarrollo de las clasificaciones psiquiátricas. Pueden estar mejor situadas para evaluar el impacto de cambiar los criterios diagnósticos en el acceso a la asistencia o el riesgo potencial de estigma asociado a ciertas cuestiones de nomenclatura, o estar mejor capacitadas para identificar discrepancias entre los criterios diagnósticos y las experiencias subjetivas^{39,74-81}.

Las implicaciones clínicas de los distintos enfoques conceptuales respecto a la agencia y la responsabilidad moral han sido objeto de debate entre los filósofos, y este ámbito merece mayor atención e investigación^{125,126}.

PLURALISMO EN PSIQUIATRÍA

En filosofía de la ciencia, las nociones de Kuhn de paradigmas científicos dominantes que son inconmensurables, y de cambios revolucionarios en dichos paradigmas²⁷, han llegado a ser muy influyentes. Podría decirse que la psiquiatría proporciona un ejemplo útil de cómo diferentes paradigmas dominan en el curso del tiempo. De hecho, los críticos de la psiquiatría han argumentado que la sustitución de un paradigma psiquiátrico por otro puede no suponer ni progreso científico ni avance clínico^{130,131}.

Al mismo tiempo, Kuhn ha sido criticado por su relativismo¹³². Después de todo, los modelos científicos pueden compararse razonablemente, y puede haber motivos justificables para sustituir un modelo por otro. En psiquiatría, aunque ciertamente se han producido cambios importantes en los marcos teóricos, también se podría argumentar que la investigación y la práctica clínicas actuales incorporan aspectos válidos de ambos enfoques psicodinámicos y neurobiológicos, así como conceptos y datos de una serie de otros modelos de psicopatología. Diferentes modelos pueden ser capaces de interactuar de manera útil, como demuestra el surgimiento del neuropsicoanálisis, o por el trabajo sobre cómo la psicoterapia impacta en la neuroimagen. Podría decirse que la psiquiatría ha avanzado precisamente gracias a la integración gradual de una serie de modelos válidos²⁸.

La psicopatología parece involucrar múltiples causas, y es posible que diferentes modelos psiquiátricos arrojen luz sobre diferentes causas. Los filósofos, empezando por Aristóteles, han enfatizado durante mucho tiempo la importancia de la multicausalidad tanto en biología como en patología^{1,133}. Los científicos del comportamiento han enfatizado de forma similar la necesidad de explicar diferentes tipos de causas de comportamiento y psicopatología^{134,135}. Jaspers, un filósofo-psiquiatra muy conocido por distinguir entre el conocimiento de las explicaciones causales y la comprensión de conexiones significativas³, puede ser considerado como un plura-

lista metodológico, y su pluralismo influyó en una serie de autores posteriores en filosofía de la psiquiatría¹³⁶.

En la filosofía de la ciencia contemporánea, existe un debate en curso sobre si es posible integrar diversas explicaciones y cómo¹³⁷. En los años 70, G. Engel, un internista americano con experiencia en trastornos psicosomáticos, argumentó que el modelo dominante de enfermedad era biomédico y, por tanto, dejaba de lado las dimensiones psicológica y social de la enfermedad¹³⁸. Por lo tanto, propuso un modelo biopsicosocial, con el objetivo de disponer de un marco que pudiera utilizarse en la investigación, la enseñanza y la atención clínica. Claramente, es importante que evitemos tanto una psiquiatría sin cerebro como una psiquiatría sin mente¹³⁹, manteniéndonos alejados tanto del cientificismo como del culturalismo (que son excesivamente reduccionistas sobre la ciencia y la cultura, respectivamente)^{49,140}.

Sin embargo, el modelo biopsicosocial también ha recibido duras críticas por ser excesivamente ecléctico y poco específico¹⁴¹, y por no ofrecer un marco concreto para conceptualizar las interacciones causales multinivel¹⁴² o permitir una selección óptima de mecanismos causales¹⁴³. Además, su uso práctico en la formulación psiquiátrica ha llevado a una cosificación inadvertida de lo “biológico”, lo “psicológico” y lo “social” como dominios ontológicos distintos¹⁴⁴. Por lo tanto, siguen siendo cruciales los esfuerzos en curso para comprender la naturaleza de las explicaciones causales en la ciencia en general^{145,146}, y en la psiquiatría en particular^{147,148}.

Un énfasis explícito en el pluralismo es un desarrollo relativamente reciente en la filosofía de la ciencia¹⁴⁹. Como era de esperar, para los filósofos que lo consideran importante, no existe un único enfoque unificado del pluralismo. En cambio, desde la época de Aristóteles, pasando por la obra de los primeros pragmatistas americanos^{150,151}, hasta los filósofos contemporáneos^{152,153}, se han delineado y desarrollado una serie de pluralismos diferentes. A continuación, examinaremos tres nociones importantes de pluralismo –pluralismo ontológico, pluralismo explicativo y pluralismo de valores–, así como algunas de sus implicaciones clínicas.

Diferentes nociones de pluralismo

La primera noción a considerar es el pluralismo ontológico. Como se ha señalado anteriormente, la noción de tipos naturales refleja la posibilidad de que la naturaleza pueda dividirse de forma objetiva para formar entidades concretas^{85,154}. Los ejemplos de tales tipos naturales se encuentran a menudo en la física o la química; la tabla periódica de elementos es un ejemplo particularmente convincente. Sin embargo, los pluralistas ontológicos han argumentado que existen diferentes formas de dividir la realidad, reflejando diferentes intereses y valores científicos, y que puede ser válida una serie de clasificaciones diferentes. Desde los tiempos de Aristóteles, los pluralistas han recurrido a menudo a la biología. No cabe duda de que las especies pueden dividirse en función de su historia evolutiva, pero también existen formas alternativas de clasificar los organismos^{155,156}.

Nuestra discusión anterior enfatizó que los trastornos mentales no son simplemente tipos naturales que surgen de la investigación empírica. Al mismo tiempo, nuestros constructos de los trastornos mentales no son meramente convencionales. Por el contrario, se basan rigurosamente en la investigación científica, incluido el trabajo sobre una serie de validadores diferentes, que reflejan la implicación de una serie de estructuras y mecanismos subyacentes diferentes. Pueden considerarse “tipos naturales blandos”; aunque

no puedan descubrirse simplemente tallando la naturaleza en sus uniones, y aunque nuestras clasificaciones y descripciones estén cargadas de valores, estas entidades incorporan, no obstante, una apreciación científica acumulativa de estructuras, procesos y mecanismos psicobiológicos¹⁵⁷.

La noción de “tipos naturales blandos” puede ser útil en la clínica de varias maneras. Pensemos en el concepto de “adicción conductual”. Desde una perspectiva neokraepeliniana, la agrupación de los trastornos por consumo de sustancias, junto a la ludopatía y los trastornos por apuestas, sugiere que estas afecciones tienen características fenotípicas superpuestas y comparten validadores claves, como el curso clínico. Sin embargo, en realidad la situación puede ser mucho más “confusa”: es probable que la psicobiología de la dependencia del alcohol difiera significativamente del trastorno del juego, dado que el alcohol tiene efectos tóxicos directos sobre el cerebro. Sin embargo, una razón fundamental para agrupar estos trastornos puede ser una perspectiva de salud pública¹⁵⁸.

Consideremos también los límites entre trastorno y normalidad¹⁵⁹. Las versiones actuales del DSM y la CIE enfatizan adecuadamente que la frontera entre trastorno y normalidad no es rígida y determinada, sino que puede ser difusa e indeterminada. En otras áreas de la medicina, los biomarcadores pueden ser útiles para tomar la decisión clínica de diagnosticar un trastorno, pero no es el caso de la psiquiatría. Los críticos de la psiquiatría pueden concluir que los trastornos mentales son enteramente una mera cuestión de convención, y que el diagnóstico psiquiátrico es simplemente una cuestión de “etiquetado”. Sin embargo, esto ignora la compleja realidad de los signos y síntomas mentales: los fenotipos psiquiátricos no son elementos de una tabla periódica, sino que se componen de dimensiones superpuestas, y los umbrales para el trastorno reflejan una serie de consideraciones¹⁶⁰.

La segunda noción a considerar es el pluralismo explicativo. Los filósofos han subrayado que la ciencia emplea múltiples modelos parciales. De hecho, el modelo o la metáfora de los mapas puede ser útil para describir ese pluralismo; un cartógrafo puede emplear múltiples mapas diferentes del mundo, cada uno de los cuales da cuenta de diferentes características de la realidad, y cada uno de los cuales es útil para un propósito particular. Como se ha señalado anteriormente, en la filosofía de la psiquiatría existe un debate en curso sobre hasta qué punto el modelo biopsicosocial, que fomenta un enfoque centrado en diferentes dimensiones de la enfermedad y el trastorno, es meramente ecléctico o proporciona el andamiaje adecuado para considerar una serie de mecanismos causales.

Uno de los principales temas de debate en la filosofía de la ciencia es el de las explicaciones reductivas. Durante mucho tiempo se ha sostenido que los fenómenos del mundo pueden organizarse en distintos niveles, desde el físico hasta el social, pasando por el biológico. Un planteamiento reduccionista aspira a explicar las teorías de nivel superior (p. ej., modelos biológicos) en términos de relatos de nivel inferior (p. ej., modelos físicos). Ciertamente, a medida que la ciencia ha progresado, parece que se ha producido tal reducción interteórica; así, podemos explicar las propiedades del ADN (que desempeña un papel tan clave en la biología) en términos de su particular estructura (es decir, en términos de sus propiedades fisicoquímicas subyacentes)^{161,162}.

Sin embargo, los pluralistas han subrayado que estos éxitos son solo una parte de la historia de la ciencia. A menudo, la ciencia se ocupa de fenómenos que solo surgen en niveles superiores de organización: estos requieren modelos que no pueden reducirse simplemente a los relatos de niveles inferiores¹⁶³⁻¹⁶⁵. Además, como subraya la metáfora de la ciencia como cartografía, múltiples tipos

diferentes de modelos de la realidad pueden ser útiles para diferentes propósitos. Centrándose en la ciencia biológica, S. Mitchell concluyó: “Dada la multiplicidad de vías causales y la contingencia histórica de los fenómenos biológicos, el tipo de integración que puede producirse... será en sí mismo fragmentado y local... El pluralismo con respecto a los modelos puede y debe coexistir con la integración en la generación de explicaciones de fenómenos biológicos complejos y variados”¹⁶⁶.

Los debates sobre pluralismo suelen referirse a las relaciones entre los distintos “niveles” de explicación, pero los “niveles” en sí se entienden mejor como formas de referirse a distintos tipos de relaciones organizativas (parte-todo), espaciales y temporales¹⁶⁷. Lento vs. rápido y grande vs. pequeño pueden dividir las cosas de forma diferente a superior vs. inferior, por lo que se requiere un enfoque pluralista de explicación¹⁶⁷. En la filosofía de la ciencia y la neurociencia, constantemente se explora la mejor manera de conceptualizar los procesos y mecanismos causales, incluida la causalidad a través de diferentes niveles¹⁶⁸⁻¹⁷¹. Sin embargo, para la psiquiatría, la mejor manera de conceptualizar los procesos y mecanismos causales es a través de diferentes niveles. Para la psiquiatría, sin embargo, es clave ser consciente de la complejidad de los sistemas psicobiológicos y evitar un neuroreduccionismo excesivamente simplista^{75,172,173}.

Una vez más, estos constructos filosóficos tienen importancia práctica. La práctica y la investigación psiquiátricas deberían incluir una amplia gama de disciplinas y metodologías. Aplicando el pluralismo científico a la psiquiatría, Kendler ha argumentado que las experiencias subjetivas en primera persona y los factores socioculturales desempeñan un papel vital en la etiología de los trastornos psiquiátricos, de modo que esta etiología no puede captarse centrándose únicamente en la biología básica del cerebro¹⁷⁴. Sugiere que una psiquiatría pluralista debería apuntar a un “reduccionismo irregular” y a una “integración gradual” en su intento de comprender las interacciones causales multinivel que dan lugar a la psicopatología¹⁷⁴.

Cuando pensamos en medicamentos psicotrópicos, por ejemplo, a menudo nos centramos en los efectos de receptores específicos. Aunque es importante, esto resta importancia al modo en que estos agentes ejercen una cascada de efectos, que afectan a las redes neuronales y, en última instancia, al comportamiento. Se necesita una psicofarmacología clínica pluralista para desarrollar estos mecanismos de nivel superior con mayor detalle. Además, se necesitan explicaciones multinivel complejas que incluyan una serie de procesos mediadores para explicar fenómenos de nivel superior como los efectos placebo y nocebo, y tener en cuenta las interacciones moleculares-sociales, como la forma en que los antidepresivos que actúan sobre las vías serotoninérgicas pueden afectar a la jerarquía social. Aunque gran parte de la psicofarmacología se ha centrado en mecanismos de nivel inferior, como las acciones de los receptores, un enfoque pluralista subraya que los procesos cognitivos y fenomenológicos también pueden ser objetivos psicofarmacológicos importantes¹⁷⁵. De forma análoga, un enfoque pluralista puede ser útil para explorar las causas del cambio durante la psicoterapia¹⁷⁶, y para desarrollar modelos integradores de psicoterapia^{177,178}.

La tercera noción a considerar es el pluralismo de valores. Esta noción, que enfatiza que existen muchos valores morales diferentes, suele considerarse típicamente como una posición en la filosofía moral. Sin embargo, el pluralismo de valores también es relevante para la ciencia en general, y para la psiquiatría en particular, de varias maneras. En particular, las decisiones sobre la mejor manera

de clasificar y describir las estructuras y mecanismos del mundo reflejan una serie de valores epistémicos y, de hecho, los debates sobre el pluralismo científico se entrecruzan con los debates sobre ciencia y sociedad¹³⁷. Las diferencias entre el DSM-5 y la CIE-11, por ejemplo, no reflejan necesariamente un desacuerdo científico, sino más bien el reconocimiento de diferencias en sus objetivos más importantes y valores asociados¹⁷⁹.

Además, el argumento de que los tipos naturales reflejan grupos de propiedades se ha ampliado a constructos cargados de valores. La “salud”, por ejemplo, puede reflejar una serie de características relacionadas, presumiblemente respaldadas por procesos biológicos relevantes¹⁸⁰. Sin embargo, si nos remontamos a las posturas normativistas sobre la definición de trastorno mental, que enfatizan la influencia de valores sociales y culturales, las distintas sociedades y culturas pueden tener diferentes interpretaciones del trastorno mental porque valoran distintas concepciones del florecimiento humano⁴².

El trabajo filosófico sobre el pluralismo de valores lleva mucho tiempo haciendo hincapié en que, dada la pluralidad de valores, la elección entre ellos será compleja. El filósofo I. Berlin subrayó que distintos valores pueden ser incompatibles, y esto parece consistente con nuestra experiencia en la toma de decisiones morales¹⁸¹. Sin embargo, esto no significa necesariamente que no puedan tomarse decisiones razonables basadas en valores. Aristóteles realzó la importancia de la sabiduría práctica, argumentando que una persona virtuosa logra tomar decisiones correctas¹⁸². Aunque la sabiduría práctica puede implicar en parte la aplicación de principios generales, Aristóteles hizo hincapié en la “prioridad de lo particular” a la hora de elegir el curso de acción correcto¹⁸³.

El pluralismo de valores también tiene una serie de implicaciones clínicas. Como ya se ha señalado, el psiquiatra-filósofo K.W.M. Fulford y sus colegas han argumentado que el cuidado de la salud basado en la evidencia debe complementarse con un cuidado de la salud basado en los valores¹⁸⁴. De forma similar, la creciente literatura sobre la toma de decisiones compartida destaca la importancia de las perspectivas de personas que han vivido experiencias de enfermedad mental^{185,186}. Además, el pluralismo de valores subraya la importancia de una serie de virtudes epistémicas, como la humildad epistémica y cultural¹⁸⁷.

Herramientas conceptuales para la explicación psiquiátrica: más allá del reduccionismo

Tres conceptos importantes e interrelacionados pueden ser útiles para la explicación psiquiátrica: la constitución dinámica, la causalidad descendente y la aspectividad dual¹⁸⁸⁻¹⁹¹. Se emplean en varios enfoques pluralistas recientes y son aspectos importantes del enfoque encarnado que se explora más adelante.

La *constitución dinámica* es la noción de que los objetos y procesos a escalas de investigación más pequeñas pueden interactuar en el curso del tiempo de forma que produzcan objetos, sistemas o procesos a escalas de investigación más grandes, y que las cualidades de los objetos más grandes pueden surgir de la interacción entre los objetos y procesos que los componen^{188,190}. La *causalidad descendente* es la idea de que estos objetos, sistemas y procesos emergentes a escalas de investigación más grandes pueden arrastrar, restringir o influir causalmente de cualquier otro modo sobre objetos a escalas más pequeñas. La *aspectividad dual* se refiere a la idea de que, cuando se habla de un sistema vivo, hay al menos dos perspectivas que se pueden adoptar: en primer lugar, un

cuerpo como objeto, perspectiva naturalista o en tercera persona; en segundo lugar, un cuerpo como sujeto, perspectiva personalista o en primera persona. Ambas perspectivas consideran el mismo objeto físico, pero captan diferentes aspectos del sistema/persona viviente objeto de estudio, de acuerdo con un enfoque pluralista^{189,192}.

En conjunto, estos conceptos proporcionan un enfoque para entender sistemas constitucionalmente complejos como las formas de vida. Los organismos se componen de muchas partes (p. ej., órganos, células, receptores) y derivan propiedades, como la mentalidad, de las complejas interacciones entre esas partes en su contexto. Tanto las partes como el organismo en su conjunto no son menos reales por el conocimiento que adquirimos de las partes y de cómo logran constituir dinámicamente una criatura con intelecto. El análisis en múltiples escalas de investigación, consistente con el énfasis en un marco de sistemas complejos y un enfoque pluralista, es útil para comprender cómo funciona esta criatura y cómo pueden torcerse las cosas.

Desde una perspectiva clínica, estas consideraciones ponen de relieve la complejidad de la formulación e intervención clínicas. Dada la constitución dinámica, los mecanismos neurobiológicos son clave en la configuración de la conducta, los pensamientos y la emoción. Sin embargo, dada la causalidad descendente, no puede suponerse que tales mecanismos tengan primacía causal en nuestras explicaciones. En contraste con la visión de los neokraepelinianos y la neurociencia traslacional excesivamente reduccionista, los trastornos mentales no son meros trastornos cerebrales^{29,30}. Por el contrario, intervenciones como la psicoterapia pueden afectar tanto al cerebro como a la mente¹⁹³.

El modelo biopsicosocial sigue siendo el más influyente para garantizar un enfoque pluralista de la evaluación e intervención de los trastornos mentales en el contexto clínico. A pesar de las críticas que ponen de relieve sus deficiencias, incluida la ausencia de un relato explicativo de las interacciones causales, este modelo sigue siendo valioso porque nos incita a resistirnos a los binarios simplistas –como las distinciones orgánico vs. funcional, biológico vs. psicológico, médico vs. social y enfermedad vs. comportamiento– en nuestras explicaciones sobre la etiología psiquiátrica^{194,195}, y es un poderoso recordatorio de que en la investigación y práctica clínicas es necesario un marco pluralista que tenga en cuenta una amplia gama de “marcadores de diferencia”^{75,117,148}.

La insistencia de Jaspers en que tanto las explicaciones de los mecanismos subyacentes como la comprensión de los significados individuales son importantes para una descripción integral de los trastornos mentales sigue siendo relevante para la práctica clínica contemporánea. Los antropólogos médicos han hecho una útil distinción entre la enfermedad como condición biomédica y la enfermedad como experiencia subjetiva de quienes la padecen¹⁹⁶. En la misma línea, los trabajos sobre lo que se ha denominado “neurofenomenología” intentan integrar el conocimiento neurocientífico con la experiencia individual^{192,197}. Por último, la “comprensión asistida por la explicación” –la idea de que el conocimiento de los mecanismos causales puede mejorar nuestra apreciación de la experiencia en primera persona– es también una consideración clave para mejorar la práctica clínica¹⁹⁸.

LA COGNICIÓN ENCARNADA COMO ENFOQUE INTEGRATIVO PLAUSIBLE

El “problema mente-cuerpo” es una cuestión paradigmática en la intersección de la psiquiatría y la filosofía. A menudo se cita al

filósofo R. Descartes por su *dualismo* de sustancias –que mente y cuerpo existen como tipos de sustancias radicalmente diferentes– y normalmente se anima a los clínicos a evitar esta postura a la luz de una comprensión científica o naturalista moderna. Al mismo tiempo, en su formación no se suele animar a los profesionales clínicos a explorar los últimos avances en un área de tanta complejidad filosófica, y como resultado pueden surgir algunos supuestos poco plausibles¹⁹⁹.

Un punto de vista comúnmente asumido es que la mente es un efecto secundario impotente “sobreviniente” de los procesos físicos del cerebro. Este punto de vista puede apoyar supuestos neurocéntricos, por ejemplo, dentro de una psiquiatría biológica que sostiene que es en el cerebro donde debemos centrar la mayor parte de nuestros esfuerzos explicativos y terapéuticos. Como se ha señalado anteriormente, aunque el cerebro es claramente importante para comprender el funcionamiento mental y la salud mental, este enfoque puede ser criticado por su neuroreduccionismo, en el que se deja un espacio mínimo a aspectos igualmente importantes del funcionamiento humano, como la experiencia, el significado, la cultura y el contexto.

Otro punto de vista común, inspirado en el desarrollo de los ordenadores, es ver la mente como un “software” que se ejecuta en el “hardware” del cerebro. Según esta visión *informatizada y funcionalista*, el funcionamiento cognitivo se entiende como una forma de procesamiento de la información en que el cerebro recibe información sensorial y calcula las respuestas adecuadas. Este supuesto puede verse en las nociones de sesgos cognitivos y creencias fundamentales de la terapia cognitivo-conductual, en la que estos sesgos o creencias desempeñan efectivamente el papel de “errores en el software” que alteran nuestra percepción del mundo real. Aunque puede ser una metáfora útil, esta perspectiva plantea múltiples problemas. Resulta difícil ver cómo puede integrarse este punto de vista con una perspectiva biológica, en que neuronas y comportamientos están complejamente entrelazados. De hecho, esta visión no parece plausible; los seres vivos no son ordenadores con funciones establecidas, y esta analogía puede limitar nuestra visión.

Más allá de los supuestos de superveniencia y informatización, la *cognición encarnada* representa una visión biológicamente plausible y fuertemente integradora de la relación mente-cuerpo, en que se considera que los factores de todo el espectro biopsicosocial tienen un valor explicativo potencial¹⁴⁴. Esta perspectiva encarnada ha cobrado impulso en la filosofía de la psiquiatría en los últimos años, pero todavía no está ampliamente reconocida por los clínicos ni se comenta en los programas de formación. El compromiso con la comprensión encarnada de la conexión entre mente y cuerpo es un avance clave en el desarrollo de la filosofía de la psiquiatría.

Aplicadas a la psicopatología, las nociones de *encarnación*, junto con ideas relacionadas como *integración*, *extensión* y *enactivismo*, que pronto abordaremos, representan un marco integrador plausible para el estudio y tratamiento de los trastornos mentales. Argumentamos que un enfoque basado en la encarnación tiene el potencial de incorporar y aprovechar muchos de los recientes desarrollos conceptuales destacados en secciones anteriores, a la vez que es coherente con otros desarrollos teóricos y metodológicos contemporáneos en una serie de disciplinas. En esta sección, definiremos en primer lugar algunos términos clave y revisaremos el desarrollo de la cognición encarnada. A continuación, analizaremos la aplicación de este enfoque al estudio y tratamiento de los trastornos mentales.

¿Qué es la cognición encarnada?

La *cognición encarnada* hace referencia a una amplia gama de enfoques que abarcan múltiples disciplinas de la ciencia cognitiva, como, entre otras, la psicología, neurociencia, filosofía, robótica e inteligencia artificial. La ciencia cognitiva encarnada está unida por el interés común de alejarse de una visión “cognitivista” o “informaticista”, en que el cerebro se considera una “sede de la cognición” aislada que recibe información sensorial, representa el mundo y calcula las respuestas adecuadas al mismo. En cambio, los enfoques basados en la encarnación hacen hincapié en el papel del cuerpo y el contexto tanto en la constitución de la cognición en cada momento como en la formación de la cognición a lo largo del desarrollo, descentrando así las ideas de representación en la forma en que intentamos comprender la mente²⁰⁰. En lugar de entender la mente a través de una analogía implícita con los ordenadores, los enfoques encarnados tratan de entenderla a través de la analogía con sistemas vivos complejos que se adaptan a la dinámica de su entorno.

Históricamente, el desarrollo de la cognición encarnada tiene muchas raíces. Las raíces más comúnmente reconocidas incluyen: el rechazo de la visión simbólico-representacional tradicional de la cognición, según la cual el mundo experimentado es un modelo/representación de la realidad; el interés por ampliar el éxito de comprensiones “conexionistas” mínimamente representacionales de la cognición, como las que ejemplifican las redes neuronales; el énfasis de filósofos pragmáticos como J. Dewey sobre cómo el conocimiento implica interacción con el mundo; las ideas fenomenológicas de autores como M. Merleau-Ponty de que el cuerpo es una parte intrínseca de nuestra experiencia y compromiso con el mundo; el trabajo en psicología del desarrollo de J. Piaget et al que han destacado la interacción con el mundo a lo largo del tiempo; y la inspiración del éxito de la teoría de sistemas dinámicos en la modelización del comportamiento de sistemas complejos²⁰¹. Estos antecedentes históricos han convergido para dar lugar a una comprensión de la mente que reconoce una amplia gama de influencias que conforman la cognición humana, desde los genes y las moléculas hasta la cultura y el contexto.

La ciencia cognitiva encarnada es un campo diverso. Esto es cierto hasta el punto de que la propia palabra “encarnada” puede adoptar significados sutilmente diferentes y superpuestos en distintos contextos. Por lo tanto, es importante especificar el sentido en el que utilizamos este término. En una revisión resumida de la cognición encarnada, Shapiro y Spaulding destacan tres temas diferentes, aunque superpuestos, dentro de los diversos usos del término “encarnada”. Se refieren a estos tres temas diferentes de significado superpuesto como *constitución*, *conceptualización* y *reemplazo*²⁰². En este documento, nos referimos en general a la interpretación *constitucional* de la encarnación. No obstante, vale la pena explicar brevemente los tres sentidos del término.

En el sentido de *reemplazo* de “encarnado”, se hace hincapié en la necesidad de reemplazar nuestros sistemas de comprensión de la mente por otros menos representacionales y más dinámicos. En otras palabras, desarrollar formas de entender el cerebro, no como generador de una representación especular del mundo, sino como resonando con el mundo directamente. Un ejemplo típico sería la mejor manera de concebir la acción de atrapar una bola elevada en el béisbol. En lugar de representar todo el entorno y calcular la trayectoria de la pelota, una visión no representacional y encarnada sugeriría que utilicemos estrategias visuales sencillas para asegurarnos de que estamos en una posición óptima para atraparla²⁰³. Este sentido de la encarnación se asocia particularmente con la postura

de la “cognición radicalmente enactiva”, que intenta comprender los procesos cognitivos sin referencia a la representación²⁰⁴.

Cuando el término “encarnado” se utiliza en el sentido de *conceptualización*, la atención se centra en conceptos y procesos psicológicos, y en cómo los conforman los tipos de cuerpos y experiencias que tenemos. La idea clave es que la forma en que conceptualizamos el mundo probablemente sería diferente si tuviéramos diferentes tipos de cuerpos con los que movernos. Por ejemplo, consideremos la idea de que pensamos en términos de “arriba” como metafóricamente conectado a la positividad y la acción, y “abajo” como conectado a la depresión y la inacción, no simplemente como una peculiaridad cultural, sino debido a asociaciones compartidas arraigadas en nuestras experiencias y acciones corporales²⁰⁵. La acumulación de evidencias conductuales y neurobiológicas respalda las ideas relacionadas de que: a) existe un solapamiento significativo entre los procesos neuronales implicados en la coordinación sensoriomotora y aquellos involucrados en el denominado procesamiento cognitivo y social “superior”, y b) dicho solapamiento significa que los procesos cognitivos “superiores” no están aislados en el cerebro, sino que están influidos por el contexto corporal y sensoriomotor, como la postura, la acción actual y el estado fisiológico interno^{206,207}.

Cuando se utiliza en un sentido *constitucional*, que es el que nos interesa aquí, “encarnado” se refiere a la idea de que los procesos mentales no están constituidos únicamente por el cerebro, sino que emergen del cerebro y el cuerpo actuando en concierto, es decir, como un sistema extendido. La mente no surge de los esfuerzos del cerebro por representar el mundo, sino que es un proceso activo de todo el organismo navegando, adaptándose y dándole sentido al mundo^{197,205,208-211}. En este sentido, por ejemplo, la liberación de cortisol y adrenalina de las glándulas suprarrenales en respuesta a un factor estresante agudo no es simplemente un fenómeno que se produce en un nivel de análisis con un efecto modulador sobre la cognición en un nivel de análisis superior, sino que forma parte de una respuesta cognitivo-afectiva única a la amenaza que implica a todo el cuerpo. Así, los procesos que constituyen las emociones se entretajan dentro y fuera del cerebro, e incluyen una serie de componentes interoceptivos^{207,212}. Este sentido de encarnación incorpora las ideas de constitución dinámica, causalidad descendente y aspectividad dual, comentadas anteriormente.

Ahora que hemos esbozado lo que se entiende por *encarnación*, resulta útil definir algunas ideas relacionadas, concretamente las de *integración*, *extensión* y *enactivismo*. Estas ideas, junto con la encarnación, se suelen englobar bajo el término “4E”. A veces también se utiliza “5E”, normalmente en referencia a centrarse en la emoción.

La *integración* es la idea de que el funcionamiento cognitivo implica una interacción constante con el entorno en múltiples escalas temporales. Por consiguiente, para comprender la cognición es vital reconocer el papel del contexto. Al considerar el funcionamiento humano, también se considera que el entorno no es simplemente físico, sino sociocultural, constituido por otros, junto con sus artefactos y estructuras compartidas de significado²¹³. La integración pone de relieve que, a lo largo de las escalas temporales del cambio evolutivo, el desarrollo sociocultural, el aprendizaje a lo largo de la vida y la cognición momento a momento, los seres humanos están profundamente influidos por el entorno que les rodea y, a su vez, influyen en él. Incluso las actividades más abstractas e intelectuales, como las matemáticas, implican un conjunto de habilidades completamente incorporadas y arraigadas^{192,205}.

La *extensión* es una idea similar en muchos aspectos a la integración, pero con una pretensión más radical. En concreto, se trata

de la idea de que los procesos cognitivos a menudo se entienden mejor si se extienden más allá del cuerpo y recorren el mundo²¹³. Por seguir con el ejemplo de las matemáticas, en lugar de limitarse a entender que una calculadora respalda los procesos cognitivos de un individuo, una visión extendida de la mente sostendría que la calculadora se convierte en parte del proceso cognitivo. En un conocido experimento mental, Clark y Chalmers comparan a Inga, que navega de memoria, con Otto, que padece Alzheimer y confía en las instrucciones escritas en un cuaderno. Dado que la única diferencia entre los dos casos es que el proceso de navegación tiene lugar íntegramente dentro del cerebro en el caso de Inga y parcialmente fuera de él en el de Otto, sostienen que es arbitrario limitar la cognición a lo que ocurre dentro de los confines del cráneo²¹⁴.

El *enactivismo* es una idea que subsume y se basa en las de encarnación e integración. Puede explicarse de diferentes maneras y con diferentes puntos de énfasis, pero aquí nos centramos en el *enactivismo autopoietico*²¹⁵. “Autopoietico” significa simplemente “autocreador”. En consecuencia, dentro del enactivismo autopoietico, la atención se centra en la noción de que la mentalidad surge, o más bien se enactiva, a través de la estructura organizativa de las formas de vida y sus esfuerzos por mantenerse constantemente en el contexto de su entorno. Una perspectiva enactiva sostiene que las formas de vida se moldean a través de la evolución para tratar de sobrevivir, y que este propósito inherente sienta las bases necesarias para la aparición del sentido relacional. Para sobrevivir, los organismos tienen que aprender a buscar comida, evitar a los depredadores, etc., es decir, a responder de forma diferenciada a las posibilidades del mundo²¹⁶. La cognición es un proceso de *creación de sentido*, en constante desarrollo, que implica cuerpo y acción, es relacional y es inherentemente afectivo/cargado de significado. Así pues, la cognición no es un proceso lineal de sensación-percepción-cognición-acción, sino más bien un proceso circular de participación sensoriomotora. El cerebro, en lugar de recibir información y representar un modelo del mundo, como en la visión neurocéntrica, es más bien un órgano de coordinación, aprendizaje y mediación dentro de este bucle sensoriomotor, permitiendo así formas más complejas de dar sentido y actuar en el mundo^{189,217}.

En general, el modelo de cognición encarnada/4E presenta una comprensión no dualista de la mente que parece biológicamente plausible y no cae en la tentación reduccionista. El funcionamiento humano se entiende desde esta perspectiva de un modo que preserva el sentido de agencia, al tiempo que reconoce la diversa gama de influencias que conforman e influyen en la salud y el comportamiento humanos, desde los genes hasta la cultura. Se trata, por tanto, de una visión integradora, que exige un análisis tanto actual como histórico de todo el sistema cerebro-cuerpo-entorno si queremos comprender las pautas de la conducta y cognición humanas. Este enfoque es consistente con un pluralismo coordinado²¹⁸, y podría decirse que incluso con un pluralismo integrativo²¹⁹, y ha llevado a sugerir que las explicaciones de los trastornos mentales basadas en la cognición encarnada/4E pueden representar un camino para resolver el “problema de la integración” en psiquiatría; es decir, el hecho de que hemos identificado factores causales en el cerebro, el cuerpo y el entorno, pero nos cuesta conceptualizar cómo estas causas se unen para dar forma a patrones de trastorno²²⁰.

Aplicaciones clínicas de la cognición encarnada/4E

Se han aplicado varios marcos conceptuales basados en la perspectiva encarnada/4E a los trastornos mentales en su con-

junto^{189,191,220,221}. Estos marcos consideran que los trastornos mentales representan interrupciones en la creación de sentido, una visión que es consistente con los intentos de salvar la división naturalista-normativista, con un énfasis en el ajuste adaptativo entre el individuo y el contexto que se alinea con el naturalismo blando^{62,222}. También comparten la visión de que la cognición encarnada/4E sirve como marco integrativo para la conceptualización, estudio y tratamiento de estos trastornos, en consonancia con un énfasis en los enfoques multidisciplinarios y pluralistas. Además, ha habido varios esfuerzos para desarrollar modelos descriptivos y explicativos de trastornos mentales particulares desde una perspectiva encarnada/4E²²³⁻²²⁸.

Centrarse en la cognición encarnada lleva a considerar los trastornos mentales como constitucionalmente complejos, involucrando aspectos biológicos, cognitivo-emocionales, ambientales y socioculturales. Esta perspectiva hace hincapié tanto en la biología como en la agencia, reconociendo que las escalas biológicas de investigación son relevantes sin reducir la importancia explicativa de la experiencia y la elección. También incorpora ideas de constitución dinámica y causalidad descendente para romper la división mente-cuerpo recibida, y se alinea bien con la noción de los trastornos mentales como grupos de propiedades mecanicistas difusas²²⁹.

A través de la noción de integración, estos marcos subrayan el papel activo e histórico del entorno físico y sociocultural. Todos los organismos, particularmente los humanos, son criaturas profundamente históricas y ecológicamente informadas. Formados por nuestro pasado evolutivo, sociocultural y de desarrollo, se entiende que nos esforcemos por adaptarnos al contexto actual y al futuro previsto^{207,212}. Aplicado a la psiquiatría, esto permite la integración con perspectivas como la psiquiatría evolutiva²³⁰, la psiquiatría cultural^{196,231} y la psicopatología del desarrollo²³².

Sin embargo, desde el punto de vista de la integración, la cultura no se considera únicamente una fuerza histórica que influye en el desarrollo, sino también un contexto vivo. En esta “visión constitucional”, la cultura se considera un “mundo compartido” o una estructura de conocimientos, significados y artefactos, constituida por un compromiso continuo²¹². Este mundo compartido representa un contexto histórico para el desarrollo de los individuos y su forma de entender el mundo, pero también sigue desarrollándose en la interacción de los individuos en cada momento, incluido el encuentro clínico. Por lo tanto, el arraigo empuja a los clínicos a considerar activamente el papel de la cultura en las vidas e historias de sus pacientes, y en la interacción clínico-paciente.

A través de la noción de enactivismo, estos marcos suscriben una *orientación al proceso*, en que los trastornos mentales no se consideran problemas o disfunciones estáticas del cerebro o la psique, sino patrones en constante desarrollo de cómo damos sentido al mundo y nos relacionamos con él. A través de las interacciones con su entorno específico y sus posibilidades particulares, los seres pensantes crean y descubren significados por sí mismos. En lugar de surgir de algún “error cognitivo” o “trastorno psíquico” subyacente, los trastornos mentales surgen en el seno de las relaciones circulares entre paciente y mundo, como un patrón desadaptativo de creación de sentido¹⁹¹.

Esta orientación al proceso concuerda bien con el enfoque de la neurociencia y la psiquiatría informatizada sobre la *inferencia activa*, según el cual los marcos de procesamiento predictivo modelan formalmente cómo los organismos desarrollan evaluaciones probabilísticas de su entorno para adaptarse de forma óptima. De hecho, varios autores han considerado la mejor manera de integrar dichos marcos con los enfoques encarnados/4E, señalando

que el cerebro-mente, incluyendo los componentes interoceptivos, participa en el procesamiento predictivo encarnado con el fin de mantener un compromiso activo con el entorno^{206,233,234}. En su enfoque encarnado/4E, Friston et al sugieren el término *inferencia enactiva*²³⁵. Su marco tiende puentes entre los enfoques representacionales y no representacionales²³⁶, proporcionando una explicación pluralista, aunque formal y mecanicista, de una serie de enfermedades psiquiátricas, a menudo con un enfoque particular en la interocepción y los estados corporales^{237,238}.

En el ámbito clínico, dado el papel central de las posibilidades y la afectividad dentro de la visión enactiva, una orientación al proceso concuerda con las psicoterapias que llaman la atención de los pacientes sobre los esquemas desadaptativos iniciales y las dinámicas emocionales actuales para que aprendan a manejarlos mejor^{239,240}, un ejercicio para dar sentido a la creación de sentido¹⁹¹. Además, desde la perspectiva enactiva, las intervenciones terapéuticas en psiquiatría buscan mejorar el ajuste entre el individuo y su entorno. A su vez, esto puede lograrse alterando la forma de dar sentido y el comportamiento del individuo, o cambiando el mundo que le rodea. Esto implica la integración con nociones de psiquiatría social e intervenciones de salud mental centradas en el entorno.

Un ejemplo instructivo de la utilidad clínica de una perspectiva encarnada/4E es el trabajo de Tschacher et al sobre la esquizofrenia²²⁵. Estos autores señalan que las disfunciones sensoriomotoras están estrechamente relacionadas con síntomas psicóticos, lo que conduce a una sincronización alterada en el procesamiento de estímulos y a evaluaciones desordenadas del entorno. Sostienen, por tanto, que los problemas de cognición social pueden verse como un trastorno de la comunicación encarnada. Por último, basándose en este argumento, sugieren nuevas estrategias de tratamiento mediante intervenciones orientadas al cuerpo. Una vez más, un enfoque encarnado/4E es capaz de integrar teóricamente perspectivas biológicas y fenomenológicas, y también tiene implicaciones prácticas para el contexto clínico.

Como último ejemplo clínico, consideremos un enfoque encarnado/4E de la adicción²²⁷. La adicción está encarnada en la medida en que el impacto de las sustancias sobre los mecanismos neurobiológicos altera la actividad mental, el propio cuerpo se altera de formas poco saludables y favorables al consumo, y las acciones habituales desempeñan papeles importantes en el comportamiento relacionado con las sustancias. La adicción está encarnada/extendida en la medida en que el comportamiento relacionado con la adicción se ve influido por los entornos en los que se desarrolla y a menudo los altera, y está moldeado por las historias de aprendizaje individuales. Por último, la adicción se enactiva en la medida en que la experiencia y el compromiso de la persona afectada con el mundo se ven profundamente alterados de una forma que a menudo va en contra de sus valores, y la persona enactiva una forma particular e inflexible de intentar satisfacer sus necesidades. En este marco, se sustituye un modelo meramente neuronal por una visión de la adicción como algo constituido simultáneamente de forma neuronal y externa, y explica cómo el consumo de drogas transforma el mundo del individuo, alterando su agencia personal y su experiencia vivida.

Esta visión tiene varias ventajas. En primer lugar, esta perspectiva permite integrar las explicaciones neurobiológicas de la adicción con los relatos de experiencia vivida. En segundo lugar, la opción binaria de ver la adicción como una enfermedad médica frente a una elección personal –una cuestión clave en la filosofía de esta afección^{241,242}– puede considerarse una falsa dicotomía excesivamente simplista. En tercer lugar, esta perspectiva nos permite

reconsiderar las estrategias de recuperación; en concreto, explica cómo la persona con adicción puede ser capaz de cambiar su experiencia vivida manipulando el entorno y alterando sus posibilidades, de modo que se produzca un cambio en la interacción dinámica de la biología cerebral, la interocepción y el contexto circundante.

DISCUSIÓN

La psiquiatría es, inherentemente, un campo conceptualmente cargado y conceptualmente complejo. Sin embargo, la oportunidad de reflexionar sobre conceptos implícitos en la práctica psiquiátrica surge con poca frecuencia tanto para los clínicos como para los estudiantes. En cambio, una serie de suposiciones tácitas –sobre la naturaleza de los trastornos mentales, categorías diagnósticas, explicaciones causales y mente– influyen en los compromisos diarios con la taxonomía psiquiátrica, la evaluación y el diagnóstico clínico, y la discusión de las afecciones y tratamientos con los pacientes. Sin embargo, la filosofía de la psiquiatría ha abordado cuidadosamente estos supuestos tácitos, y aquí hemos revisado los avances clave en este campo y sus implicaciones clínicas.

Al conceptualizar y categorizar los trastornos mentales, han adquirido importancia tanto las consideraciones naturalistas como las normativistas: este campo acepta cada vez más que dicho trabajo implica tener en cuenta tanto hechos como valores. A nivel conceptual, esto anima a alejarse del cientificismo estricto para acercarse al naturalismo blando, una postura que abarca tanto los mecanismos psicobiológicos como la capacidad de agencia personal. En la práctica clínica, el acercamiento entre naturalismo y normativismo facilita el alejamiento de un enfoque en que los trastornos están cosificados y la realización de evaluaciones apropiadamente integrales e individualizadas de los pacientes. La conciencia de la importancia tanto de los hechos como de los valores también puede facilitar una atención de salud mental basada tanto en la evidencia como en valores.

Al considerar la naturaleza de la ciencia psiquiátrica, actualmente se hace cada vez más énfasis en un enfoque pluralista, que incluye el pluralismo ontológico, explicativo y de valores. Conceptualmente, esto reconoce las interacciones causales multinivel que dan lugar a la psicopatología, y está en consonancia con el enfoque pluralista inicial de Jaspers, que abarca tanto consideraciones explicaciones del comportamiento como la comprensión de la persona individual, un enfoque adoptado por una amplia gama de filósofos⁵⁰. Clínicamente, este punto de vista destaca la importancia de una amplia gama de “marcadores de diferencia” causales, así como de las consideraciones de la “experiencia vivida” tanto en la investigación como en la práctica.

El trabajo conceptual y empírico sobre la cognición encarnada ofrece un enfoque cada vez más valioso a la hora de abordar una serie de cuestiones sobre el cerebro y la mente, y cómo los factores somáticos y psíquicos son clave en los trastornos mentales. Considerar la mente-cerebro como algo encarnado, integrado y enactivo facilita la integración de los avances tanto de la neurociencia cognitivo-afectiva como de la psicopatología fenomenológica, así como de otras disciplinas. El trabajo sobre la cognición encarnada está teniendo un impacto cada vez mayor en el replanteamiento de la salud mental y los trastornos mentales^{189,191,220,221}.

La competencia conceptual consta de varios elementos, entre los que se incluyen la formulación explícita de supuestos conceptuales, el desarrollo de un vocabulario filosófico, la adquisición de familiaridad con marcos relevantes y el mantenimiento de un

cierto grado de “humildad conceptual”⁷⁷. Estos elementos se han ejemplificado en este documento, pero en este punto nos gustaría destacar en particular la virtud de la humildad epistémica. Por ejemplo, la filosofía de la nosología nos ha enseñado que, a pesar de la enorme cantidad de trabajo que se ha realizado para mejorar nuestras clasificaciones, estas siguen siendo tentativas, y debe evitarse enérgicamente la cosificación de entidades putativas.

Consideraciones similares se aplicarían a nuestros intentos aquí de hacer avanzar la filosofía de la psiquiatría. Empezamos señalando que el progreso de la filosofía ha sido discutido, y somos cautelosos a la hora de afirmar demasiado. Algunas de las cuestiones de la filosofía de la psiquiatría se remontan a tiempos antiguos, y algunos de los constructos empleados parecen ser “esencialmente controvertidos”: hay una serie de puntos de vista opuestos, y merecen una discusión y un debate continuos²⁴³. Esto se aplica en particular al concepto de enfermedad, que puede ser intratablemente complicado^{31,244}. Aún así, el objetivo de la filosofía no es necesariamente resolver todas las controversias o erradicar los desacuerdos, sino más bien articular y comprender adecuadamente las cuestiones debatidas. En la medida en que las cuestiones que aquí se examinan se han articulado de forma más rigurosa en los trabajos teóricos y se han examinado con mayor detenimiento en el contexto clínico, cabe afirmar que se han realizado algunos progresos.

Varias limitaciones del enfoque aquí adoptado merecen especial atención. En primer lugar, hemos resumido argumentos y conclusiones de la literatura, en lugar de intentar defender rigurosamente una postura concreta. En relación con esto, no hemos tenido espacio para abordar los trabajos en curso y las variantes clave de algunas posturas que se han planteado aquí, ni las críticas importantes a estas posturas^{50,245-248}. Los constructos clave aquí empleados—incluido el naturalismo blando, el pluralismo y la cognición encarnada—merecen todos ellos una consideración mucho más profunda.

En segundo lugar, aunque hemos establecido algunos vínculos entre estos constructos concretos—naturalismo blando, pluralismo y cognición encarnada—, nuestra opinión es que es posible trabajar mucho más en este sentido. En el nivel más amplio, algunos trabajos sobre estos constructos parecen permitir un cierto grado de acercamiento entre la filosofía analítica y la continental²⁴⁹. A un nivel más específico, nos parece que se pueden establecer nuevos vínculos entre filósofos clave que se han referido a estas cuestiones (entre ellos J. Dewey, que prefiguró las nociones de cognición encarnada²⁵⁰; W. Sellars, que contrastó la imagen científica y manifiesta²⁵¹; y H. Putnam, que contribuyó a los trabajos sobre el colapso de la distinción hecho/valor²⁵²), así como entre el trabajo sobre neurociencia cognitivo-afectiva y psicopatología fenomenológica^{192,253}.

En tercer lugar, hemos sido selectivos al centrarnos en los avances en el campo, omitiendo grandes franjas de trabajo en filosofía de la psiquiatría—entre las que destaca la ética (que será el tema de otro próximo Forum de esta revista)—y restando importancia potencialmente a una serie de autores y avances. Del mismo modo, no hemos tratado en detalle la filosofía de ningún síntoma o trastorno psiquiátrico en particular, a pesar de que existe una amplia bibliografía sobre una serie de enfermedades mentales. La amplitud y profundidad de los trabajos de filósofos antiguos y modernos que han considerado las cuestiones planteadas en este artículo es extraordinaria, y animamos a los lectores a seguir explorando.

Una metapregunta importante es hasta qué punto se ha trabajado en la ciencia cognitiva de la filosofía y la psiquiatría. Una pers-

pectiva de cognición encarnada sugiere, por ejemplo, que, cuando pensamos en categorías como los trastornos mentales, en lugar de ser conscientes de lo profundamente dependientes que somos del uso de metáforas encarnadas, somos propensos a esencializar nuestros conceptos^{60,254}. Por lo tanto, podemos tener especiales dificultades para evitar las trampas del reduccionismo y la cosificación, y para articular y trabajar con constructos difusos como el puente entre naturalismo y normativismo.

De las distintas partes de este documento se desprenden varios temas clave. Aquí destacamos tres. En primer lugar, un tema clave ha sido el de la integración. Hemos discutido la integración de elementos del naturalismo y el normativismo, de la atención basada en la evidencia con la atención basada en valores, del conocimiento de la ciencia con la comprensión de la experiencia, y de los mecanismos psicobiológicos con la agencia personal. Además, hemos destacado el valor potencial del enfoque encarnado/4E para integrar una serie de disciplinas relacionadas con el cerebro-mente, como la neurociencia cognitivo-afectiva, la psicopatología del desarrollo y la psiquiatría social.

Un tema relacionado ha sido el del “equilibrio”. Nuestras nociones de los trastornos mentales deben evitar los polos del cientificismo y el relativismo; nuestras explicaciones deben evitar tanto el neuroreduccionismo como el culturalismo; y nuestro enfoque del problema mente-cerebro debe evitar tanto una psiquiatría sin cerebro como una psiquiatría sin mente¹³⁹. En nuestra introducción mencionamos la noción de Aristóteles de la “media áurea”, y el énfasis de la filosofía china en el equilibrio del yin y el yang; una perspectiva equilibrada que sea capaz de sopesar juiciosamente una serie de principios y particularidades se encuentra sin duda en el corazón del buen trabajo clínico²⁵⁵.

Un último tema ha sido el de la complejidad. Hemos argumentado que es importante evitar el esencialismo y el reduccionismo en psiquiatría, y que las evaluaciones clínicas deben ir mucho más allá de nuestros criterios diagnósticos para evaluar una serie de dominios, y entender a cada paciente como un individuo único. Aunque los modelos monocausales de entidades patológicas (p. ej., el *Treponema pallidum* causante de la neurosífilis) han sido útiles, la psiquiatría contemporánea requiere un pluralismo coordinado²¹⁸ o integrativo. La perspectiva encarnada/4E hace hincapié en la complejidad del compromiso dinámico del ser vivo con su entorno en el curso del tiempo. La complejidad del cerebro-mente y de las afecciones clínicas es una razón clave por la que los llamamientos a cambios de paradigma simplistas en psiquiatría tienen pocas probabilidades de éxito. En cambio, en consonancia con la filosofía como amor a la sabiduría, es necesaria una “psiquiatría sabia”.

Los recursos filosóficos aquí examinados pueden ser útiles para considerar en qué medida la psiquiatría ha progresado en el pasado, nuestro balance actual de éxitos y fracasos y nuestras aspiraciones futuras. Nos parece indiscutible que la filosofía ha desempeñado un papel clave en la psiquiatría, ya sea implícita o explícitamente, y que seguirá haciéndolo en el futuro. Nuestra esperanza inmediata es que el trabajo en filosofía de la psiquiatría contribuya a la competencia conceptual de los profesionales clínicos. Al hacer explícito lo implícito, el análisis filosófico puede ayudar a exponer las implicaciones, limitaciones, contradicciones e incluso absurdos que potencialmente subyacen a las ideas recibidas y a las posiciones prominentes. Nuestra esperanza a largo plazo es que los avances en filosofía de la psiquiatría tengan a su vez un impacto clínico positivo, contribuyendo a la integración, el equilibrio y la sabiduría en la práctica psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

- Pearson G. Aristotle on psychopathology. In: Kontos P (ed). *Evil in Aristotle*. Cambridge: Cambridge University Press, 2018:122-49.
- McLeod A. *The dao of madness: mental illness and self-cultivation in early Chinese philosophy and medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2021.
- Schwartz MA, Mokalewicz M, Wiggins OP, Karl Jaspers: the icon of modern psychiatry. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2017;54:4-7.
- McHugh PR, Slavney PR. *The perspectives of psychiatry*, 2nd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1998.
- Fulford KWM, Thornton T, Graham G et al (eds). *The Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Sadler J, van Staden W, Fulford KWM (eds). *The Oxford handbook of psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- Aftab A, Waterman GS. Conceptual competence in psychiatry: recommendations for education and training. *Acad Psychiatry* 2021;45:203-9.
- Tekin Ş, Bluhm R (eds). *The Bloomsbury companion to philosophy of psychiatry*. London: Bloomsbury Academic, 2022.
- Wilkinson S. *Philosophy of psychiatry: a contemporary introduction*. Oxon: Routledge, 2023.
- Sidhu NS, Allen KJ, Civil N et al. Competency domains of educators in medical, nursing, and health sciences education: an integrative review. *Med Teacher* 2023;45:219-28.
- Barry ES, Merkebu J, Varpio L. State-of-the-art literature review methodology: six-step approach for knowledge synthesis. *Perspect Med Educ* 2022;11:1-8.
- Blackford R, Broderick D (eds). *Philosophy's future: the problem of philosophical progress*. London: Wiley, 2017.
- Williamson T. *The philosophy of philosophy*, 2nd ed. London: Wiley, 2021.
- Klerman G. The evolution of a psychiatric nosology. In: Shershow JC (ed). *Schizophrenia: science and practice*. Cambridge: Harvard University Press, 1978:99-121.
- Andreasen NC. *The broken brain: the biological revolution in psychiatry*. New York: Harper & Row, 1985.
- Guze SB. *Why psychiatry is a branch of medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- Wakefield JC. Klerman's "credo" reconsidered: neo-Kraepelinianism, Spitzer's views, and what we can learn from the past. *World Psychiatry* 2022;21:4-25.
- Decker HS. How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? – from Emil Kraepelin to DSM-III. *Hist Psychiatry* 2007;18:337-60.
- Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia* 1964;5:397-408.
- Quitkin F, Rifkin A, Klein DF. Monoamine oxidase inhibitors: a review of anti-depressant effectiveness. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:749-60.
- Insel TR, Quirion R. Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *JAMA* 2005;294:2221-4.
- Kendler KS, Muñoz RA, Murphy G. The development of the Feighner criteria: a historical perspective. *Am J Psychiatry* 2010;167:134-42.
- Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 2013;11:126.
- Luhmann TM. *Of two minds: an anthropologist looks at American psychiatry*. New York: Vintage Books, 2001.
- Bayer R. *Homosexuality and American psychiatry: the politics of diagnosis*. Princeton: Princeton University Press, 1987.
- Zachar P, Kendler KS. The removal of pluto from the class of planets and homosexuality from the class of psychiatric disorders: a comparison. *Philos Ethics Humanit Med* 2012;7:4.
- Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
- Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV et al. Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. *World Psychiatry* 2022;21:393-414.
- Maj M. Mental disorders as "brain diseases" and Jaspers' legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
- Jefferson A. Are mental disorders brain disorders? Oxon: Routledge, 2022.
- Bortolotti L. Doctors without 'disorders'. *Aristot Soc* 2020;94:163-84.
- Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philos Sci* 1977;44:542-73.
- Boorse C. A rebuttal on health. In: Humber JM, Almeder RF (eds). *What is disease?* Totowa: Humana Press, 1997:1-134.
- Boorse C. A second rebuttal on health. *J Med Philos* 2014;39:683-724.
- Schramme T. Christopher Boorse and the philosophy of medicine. *J Med Philos* 2014;39:565-71.
- Fulford KWM. *Moral theory and medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Glackin SN. Grounded disease: constructing the social from the biological in medicine. *Philos Quart* 2019;69:258-76.
- Cooper R. What is wrong with the DSM? *Hist Psychiatry* 2004;15:5-25.
- Gagné-Julien AM. Wrongful medicalization and epistemic injustice in psychiatry: the case of premenstrual dysphoric disorder. *EuJAP* 2021;17:5-36.
- Stein DJ, Palk AC, Kendler KS. What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychol Med* 2021;51:894-901.
- Pellegrino E, Thomasma D. *A philosophical basis of medical practice: towards a philosophy and ethic of the healing professions*. Oxford: Oxford University Press, 1981.
- Glackin SN. Three Aristotelian accounts of disease and disability. *J Appl Philos* 2016;33:311-26.
- Rosqvist H, Chown N, Stenning A. *Neurodiversity studies: a new critical paradigm*. Oxon: Routledge, 2020.
- Chapman R. Neurodiversity and the social ecology of mental functions. *Perspect Psychol Sci* 2021;16:1360-72.
- LeFrançois BA, Menzies R, Reaume G (eds). *Mad matters: a critical reader in Canadian mad studies*. Toronto: Canadian Scholars' Press, 2013.
- Beresford P, Russo J (eds). *The Routledge international handbook of mad studies*. Oxon: Routledge, 2022.
- Longino HE. *Science as social knowledge: values and objectivity in scientific inquiry*. Princeton: Princeton University Press, 1990.
- Boudry M, Pigliucci M. *Science unlimited? The challenges of scientism*. Chicago: University of Chicago Press, 2017.
- de Ridder J, Peels R, van Woudenberg R. *Scientism: prospects and problems*. Oxford: Oxford University Press, 2018.
- De Caro M, Macarthur D (eds). *The Routledge handbook of liberal naturalism*. Oxon: Routledge, 2022.
- Amoretti MC, Lalumera E. Wherein is the concept of disease normative? From weak normativity to value-conscious naturalism. *Med Health Care Philos* 2022;25:47-60.
- Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992;99:232-47.
- Spitzer RL. Harmful dysfunction and the DSM definition of mental disorder. *J Abnorm Psychol* 1999;108:430-2.
- Faucher L, Forest D. *Defining mental disorder: Jerome Wakefield and his critics*. Cambridge: MIT Press, 2021.
- Horwitz AV, Wakefield JC. *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- Wakefield JC, Schmitz MF. Uncomplicated depression is normal sadness, not depressive disorder: further evidence from the NESARC. *World Psychiatry* 2014;13:317-9.
- Tsou JY. *Philosophy of psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.
- Boyd R. Homeostasis, species, and higher taxa. In: Wilson R (ed). *Species: new interdisciplinary essays*. Cambridge: MIT Press, 1999.
- Stein DJ, Phillips KA, Bolton D et al. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med* 2010;40:1759-65.
- Stein DJ. What is a mental disorder? A perspective from cognitive-affective science. *Can J Psychiatry* 2013;58:656-62.
- Zachar P, Kendler KS. The philosophy of nosology. *Annu Rev Clin Psychol* 2017;13:49-71.
- Nielsen K, Ward T. Mental disorder as both natural and normative: developing the normative dimension of the 3e conceptual framework for psychopathology. *J Theor Philos Psychol* 2020;40:107-23.
- Conley BA, Glackin SN. How to be a naturalist and a social constructivist about diseases. *Philosophy of Medicine* 2021;2:1.
- Gagné-Julien AM. Towards a socially constructed and objective concept of mental disorder. *Synthese* 2021;198:9401-26.
- Fulford KWM. "What is (mental) disease?": an open letter to Christopher Boorse. *J Med Ethics* 2001;27:80-5.
- Sadler J. *Descriptions and prescriptions: values, mental disorders, and the DSMs*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2004.
- Fulford KWM, Broome M, Stanghellini G et al. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? *World Psychiatry* 2005;4:78-86.
- Reznek L. *The philosophical defence of psychiatry*. Oxon: Routledge, 1991.
- Murphy D. *Psychiatry in the scientific image*. Cambridge: MIT Press, 2006.
- Stein DJ. *Problems of living: perspectives from philosophy, psychiatry, and cognitive-affective science*. London: Academic Press, 2021.
- Aftab A, Rashed MA. Mental disorder and social deviance. *Int Rev Psychiatry* 2021;33:478-85.
- Stein DJ. Disorder and deviance: where to draw the boundaries? *Philos Psychiatr Psychol* 2014;21:261-5.
- Spitzer RL. Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R: an insider's perspective and a belated response to Sadler, Hul-

- gus, and Agich's "On values in recent American psychiatric classification". *J Nerv Ment Dis* 2001;189:351-9.
74. Stein DJ, Phillips KA. Patient advocacy and DSM-5. *BMC Med* 2013;11:133.
75. Fulford KWM, Bortolotti L, Broome M. Taking the long view: an emerging framework for translational psychiatric science. *World Psychiatry* 2014;13:110-7.
76. Bueter A. A multi-dimensional pluralist response to the DSM-controversies. *Perspect Sci* 2019;27:316-43.
77. Fuss J, Lemay K, Stein DJ et al. Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry* 2019;18:233-5.
78. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry* 2022;21:189-213.
79. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of depression: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry* 2023;22:352-65.
80. Tekin Ş. Participatory interactive objectivity in psychiatry. *Philos Sci* 2022;89:1166-75.
81. Rose D, Rose N. Is 'another' psychiatry possible? *Psychol Med* 2023;53:46-54.
82. Hyman SE. Psychiatric disorders: grounded in human biology but not natural kinds. *Perspect Biol Med* 2021;64:6-28.
83. Zachar P. Psychiatric disorders: natural kinds made by the world or practical kinds made by us? *World Psychiatry* 2015;14:288-90.
84. Fulford KWM. Values-based practice: a new partner to evidence-based practice and a first for psychiatry. *Mens Sana Monogr* 2008;6:10-21.
85. Campbell JK, O'Rourke M, Slater MH. Carving nature at its joints: natural kinds in metaphysics and science. Cambridge: MIT Press, 2011.
86. Kincaid H, Sullivan J. Classifying psychopathology: mental kinds and natural kinds. Cambridge: MIT Press, 2014.
87. Bechtel W. Mental mechanisms. Oxon: Routledge, 2007.
88. Craver C. Explaining the brain: mechanisms and the mosaic unity of neuroscience. Oxford: Clarendon, 2007.
89. Nicolson DJ. The concept of mechanism in biology. *Studies Hist Philos Biol Biomed Sci* 2012;43:152-63.
90. Glackin SN. Individualism and the medical: what about somatic externalism? *Analysis* 2017;77:287-93.
91. Huda AS. The medical model in mental health: an explanation and evaluation, 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.
92. Heckers S, Kendler KS. The evolution of Kraepelin's nosological principles. *World Psychiatry* 2020;19:381-8.
93. Blashfield RK, Feighner et al., invisible colleges, and the Matthew effect. *Schizophr Bull* 1982;8:1-6.
94. Aftab A, Ryznar E. Conceptual and historical evolution of psychiatric nosology. *Int Rev Psychiatry* 2021;33:486-99.
95. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.
96. Kendler KS. Toward a scientific psychiatric nosology: strengths and limitations. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:969-73.
97. Solomon M, Kendler KS. The problem of aggregating validators for psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 2021;209:9-12.
98. Hacking I. Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory. Princeton: Princeton University Press, 1995.
99. Smoller JW, Andreassen OA, Edenberg HJ et al. Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. *Mol Psychiatry* 2019;24:409-20.
100. Andreassen OA, Hindley GFL, Frei O et al. New insights from the last decade of research in psychiatric genetics: discoveries, challenges and clinical implications. *World Psychiatry* 2023;22:4-24.
101. Kendler KS. What psychiatric genetics has taught us about the nature of psychiatric illness and what is left to learn. *Mol Psychiatry* 2013;18:1058-66.
102. Zachar P. A metaphysics of psychopathology. Cambridge: MIT Press, 2014.
103. Kendler K, Zachar P. The incredible insecurity of psychiatric nosology. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology. Baltimore: John Hopkins University Press, 2015:368-82.
104. Kendler KS. The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry* 2016;15:5-12.
105. Kotov R, Krueger RF, Watson D et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol* 2017;126:454-77.
106. Kotov R, Krueger RF, Watson D. A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry* 2018;17:24-5.
107. Haeffel GJ, Jeronimus BF, Kaiser BN et al. Folk classification and factor rotations: whales, sharks, and the problems with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Clin Psychol Sci* 2022;10:259-78.
108. DeYoung CG, Chmielewski M, Clark LA et al. The distinction between symptoms and traits in the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *J Pers* 2022;90:20-33.
109. Michelini G, Palumbo IM, DeYoung CG et al. Linking RDoC and HiTOP: a new interface for advancing psychiatric nosology and neuroscience. *Clin Psychol Rev* 2021;86:102025.
110. Kessler RC. The categorical versus dimensional assessment controversy in the sociology of mental illness. *J Health Soc Behav* 2002;43:171-88.
111. Fulford KWM, Handa A. Categorical and/or continuous? Learning from vascular surgery. *World Psychiatry* 2018;17:304-5.
112. Zachar P. Non-specific psychopathology: a once and future concept. *World Psychiatry* 2023;22:154-5.
113. Kendler KS. DSM disorders and their criteria: how should they inter-relate? *Psychol Med* 2017;47:2054-60.
114. Fried EI, Nesse RM. Depression is not a consistent syndrome: an investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *J Affect Disord* 2015;172:96-102.
115. Ghaemi SN. Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' critique of Kraepelin. *Philos Ethics Humanit Med* 2009;4:10.
116. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:155-79.
117. Maj M. The need for a conceptual framework in psychiatry acknowledging complexity while avoiding defeatism. *World Psychiatry* 2016;15:1-2.
118. Kendler KS. The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. *Am J Psychiatry* 2016;173:771-80.
119. Maj M, Stein DJ, Parker G et al. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2020;19:269-93.
120. Schwartz M, Wiggins O. Science, humanism, and the nature of medical practice: a phenomenological view. *Perspect Biol Med* 1985;28:331-61.
121. Tekin Ş. Self-insight in the time of mood disorders: after the diagnosis, beyond the treatment. *Philos Psychiatr Psychol* 2014;21:139-55.
122. Sadler JZ. The psychiatric significance of the personal self. *Psychiatry* 2007;70:113-29.
123. Dings R, Glas G. Self-management in psychiatry as reducing self-illness ambiguity. *Philos Psychiatr Psychol* 2020;27:333-47.
124. King M, May J. Agency in mental disorder: philosophical dimensions. Oxford: Oxford University Press, 2022.
125. Pickard H. Responsibility without blame for addiction. *Neuroethics* 2017;10:169-80.
126. Brandenburg D. The nurturing stance: making sense of responsibility without blame. *Pacific Philos Quart* 2018;99:5-22.
127. Tabb K, Lebowitz MS, Appelbaum PS. Behavioral genetics and attributions of moral responsibility. *Behav Genet* 2019;49:128-35.
128. Haslam N, Kvaale EP. Biogenetic explanations of mental disorder: the mixed-blessings model. *Curr Dir Psychol Sci* 2015;24:399-404.
129. Lougman A, Haslam N. Neuroscientific explanations and the stigma of mental disorder: a meta-analytic study. *Cogn Res* 2018;3:43.
130. Harrington A. Mind fixers: psychiatry's troubled search for the biology of mental illness. New York: Norton, 2019.
131. Whoolley O. On the heels of ignorance: psychiatry and the politics of not knowing. Chicago: University of Chicago Press, 2019.
132. Richards RJ, Daston L (eds). Kuhn's structure of scientific revolutions at fifty: reflections on a science classic. Chicago: University of Chicago Press, 2016.
133. Leroi AM. The lagoon: how Aristotle invented science. New York: Viking Penguin, 2014.
134. Nesse RM. Tinbergen's four questions. *Evol Med Pub Health* 2018;2019:2.
135. Tinbergen N. On aims and methods of ethology. *Z Tierpsychol* 1963;20:410-33.
136. Ghaemi SN. Existence and pluralism: the rediscovery of Karl Jaspers. *Psychopathology* 2007;40:75-82.
137. Ludwig D, Ruphy S. Scientific pluralism. In: Zalta EN (ed). The Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2021.
138. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
139. Lipowsky ZJ. Psychiatry: mindless or brainless, both or neither. *Can J Psychiatry* 1989;34:249-54.
140. Chemla K, Keller E. Culture without culturalism: the making of scientific knowledge. Durham: Duke University Press, 2017.
141. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model: reconciling art and science in psychiatry. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010.

142. Bolton D, Gillett G. The biopsychosocial model of health and disease: new philosophical and scientific developments. Cham: Springer, 2019.
143. Maung HH. Causation and causal selection in the biopsychosocial model of health and disease. *EuJAP* 2021;17:5-27.
144. Aftab A, Nielsen K. From Engel to enactivism: contextualizing the biopsychosocial model. *EuJAP* 2021;17:5-22.
145. Woodward J. Making things happen: a theory of causal explanation. Oxford: Oxford University Press, 2003.
146. Pearl J, Mackenzie D. The book of why: the new science of cause and effect. New York: Basic Books, 2018.
147. Stein DJ. Philosophy of psychopharmacology: smart pills, happy pills, pep pills. Cambridge: Cambridge University, 2008.
148. Kendler KS. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol Psychiatry* 2012;17:377-88.
149. Kellert S, Longino H, Waters CK. Scientific pluralism. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2006.
150. Dewey J. Unity of science as a social problem. In: Neurath O, Carnap R, Morris C (eds). *International encyclopedia of unified science*, Vol. 1. Chicago: Chicago University Press, 1938;29-38.
151. James W. Pragmatism: a new name for an old way of thinking. New York: Longmans, Green and Co., 1907.
152. Cartwright N. The dappled world: a study of the boundaries of science. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
153. Dupré J. The disorder of things: metaphysical foundations of the disunity of science. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
154. Kendig C. Natural kinds and classification in scientific practice. Oxon: Routledge, 2016.
155. Henry D. Aristotle's pluralistic realism. *Monist* 2011;94:197-220.
156. Dupré J. Processes of life: essays in the philosophy of biology. Oxford: Oxford University Press, 2012.
157. Stein DJ. Psychiatric disorders are soft natural kinds. *Philos Psychiatr Psychol* 2022;29:183-5.
158. Stein DJ, Billieux J, Bowden-Jones H et al. Balancing validity, utility, and public health considerations in disorders due to addictive behaviors. *World Psychiatry* 2018;17:363-4.
159. Geert K, Lara K, Rico H. Vagueness in psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2017.
160. Kessler RC, Merikangas KR, Berglund P et al. Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:1117-22.
161. Bickle J. Psychoneural reduction: the new wave. Cambridge: MIT Press, 1998.
162. Brigandt I, Love A. Reductionism in biology. In: Zalta NE (ed). *The Stanford encyclopedia of philosophy*, 2017.
163. Bedau M, Humphreys P (eds). *Emergence: contemporary readings in philosophy and science*. Cambridge: MIT Press, 2008.
164. Corradini A, O'Connor T. *Emergence in science and philosophy*. Oxon: Routledge, 2010.
165. De Vreese L, Weber E, Van Bouwel J. Explanatory pluralism in the medical sciences: theory and practice. *Theor Med Bioeth* 2010;31:371-90.
166. Mitchell S. Biological complexity and integrative pluralism. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
167. Eronen MI. The levels problem in psychopathology. *Psychol Med* 2021;51:927-33.
168. Bickle J (ed). *The Oxford handbook of philosophy and neuroscience*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
169. Beebe H, Hitchcock C, Menzies P (eds). *The Oxford handbook of causation*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
170. Glennan S, Illari PM (eds). *The Routledge handbook of mechanisms and mechanical philosophy*. Oxon: Routledge, 2018.
171. Calzavarini F, Viola M. Neural mechanisms: new challenges in the philosophy of neuroscience. Cham: Springer, 2021.
172. Frances A. Entrenched reductionisms: the bête noire of psychiatry. *Hist Psychol* 2016;19:57-9.
173. Kendler KS, Parnas J, Zachar P. Levels of analysis in psychopathology: cross-disciplinary perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
174. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:433-40.
175. Aftab A, Stein DJ. Psychopharmacology and explanatory pluralism. *JAMA Psychiatry* 2022;79:522-3.
176. Oddli HW, Stänicke E, Halvorsen MS et al. Causality in psychotherapy research: towards evidential pluralism. *Psychother Res* 2023;33:1004-18.
177. Cooper M, McLeod J. A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: implications for research. *Counsell Psychother Res* 2007;7:135-43.
178. Castonguay LG, Eubanks CF, Goldfried MR et al. Research on psychotherapy integration: building on the past, looking to the future. *Psychother Res* 2015;25:365-82.
179. Stein DJ, Reed GM. Global mental health and psychiatric nosology: DSM-5, ICD-11, and RDoC. *Braz J Psychiatry* 2019;41:3-4.
180. Boyd R. How to be a moral realist. In: Sayre-McCord G (ed). *Essays on moral realism*. Ithaca: Cornell University Press, 1988:181-228.
181. Berlin I. *The crooked timber of humanity*. London: Fontana Press, 1991.
182. Kinesella E, Pitman A. Phronesis as professional knowledge: practical wisdom in the professions. Rotterdam: Sense Publishers, 2012.
183. Nussbaum MC. *The fragility of goodness: luck and ethics in Greek tragedy and philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
184. Stoyanov D, Fulford B, Stanghellini G et al (eds). *International perspectives in values-based mental health practice: case studies and commentaries*. Cham: Springer, 2021.
185. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry* 2017;16:146-53.
186. Fulford KWM, Handa A. New resources for understanding patients' values in the context of shared clinical decision-making. *World Psychiatry* 2021;20:446-7.
187. Tervalon M, Murray-García J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserv* 1998;9:117-25.
188. Kirchhoff MD. Extended cognition and the causal-constitutive fallacy: in search for a diachronic and dynamical conception of constitution. *Philos Phenomenol Res* 2015;90:320-60.
189. Fuchs T. *Ecology of the brain: the phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press, 2018.
190. Leuridan B, Lodewyckx T. Diachronic causal constitutive relations. *Synthese* 2021;198:9035-65.
191. Nielsen K. Embodied, embedded, and enactive psychopathology: reimagining mental disorder. London: Palgrave Macmillan, 2023.
192. Gallagher S. *Enactivist interventions: rethinking the Mind*. Oxford: Oxford University Press, 2017.
193. Brooks S, Stein DJ. Psychotherapy and neuroimaging in anxiety and related disorders. *Dialog Clin Neurosci* 2015;17:287-93.
194. Spitzer RL, First MB, Williams JB et al. Now is the time to retire the term "organic mental disorders". *Am J Psychiatry* 1992;149:240-4.
195. Aftab A. The false binary between biology and behavior. *Philos Psychiatr Psychol* 2020;27:317-9.
196. Kleinman A. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press, 1988.
197. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. *The embodied mind: cognitive science and human experience*, revised edition. Cambridge: MIT Press, 2016.
198. Kendler KS, Campbell J. Expanding the domain of the understandable in psychiatric illness: an updating of the Jasperian framework of explanation and understanding. *Psychol Med* 2014;44:1-7.
199. O'Leary D. Medicine's metaphysical morass: how confusion about dualism threatens public health. *Synthese* 2021;199:1977-2005.
200. Shapiro LA. *Embodied cognition*, 2nd ed. Oxon: Routledge, 2019.
201. Newen A, De Bruin L, Gallagher S (eds). *The Oxford handbook of 4E cognition*. Oxford: Oxford University Press, 2018.
202. Shapiro L, Spaulding S. Embodied cognition. In: Zalta EN (ed). *The Stanford encyclopedia of philosophy*, 2021.
203. Wilson AD, Golonka S. Embodied cognition is not what you think it is. *Front Psychol* 2013;4:58.
204. Hutto DD, Myin E. *Radicalizing enactivism: basic minds without content*. Cambridge: MIT Press, 2013.
205. Lakoff G, Johnson M. *Philosophy in the flesh: the embodied mind and its challenge to Western thought*. New York: Basic Books, 1999.
206. Gallese V, Lakoff G. The brain's concepts: the role of the sensory-motor system in conceptual knowledge. *Cogn Neuropsychol* 2005;22:455-79.
207. Seth AK, Friston KJ. Active interoceptive inference and the emotional brain. *Phil Trans R Soc B* 2016;371:20160007.
208. Thompson E. *Mind in life: biology, phenomenology, and the sciences of mind*. Cambridge: Belknap, 2010.
209. Shook JR, Solymosi T. *Pragmatist neurophilosophy: American philosophy and the brain*. London: Bloomsbury Academic, 2014.
210. Engel AK, Friston KJ, Kragic D. The pragmatic turn: toward action-oriented views in cognitive science. Cambridge: MIT Press, 2015.
211. Johnson M. *Embodied mind, meaning, and reason: how our bodies give rise to understanding*. Chicago: University of Chicago Press, 2017.
212. Colombetti G. *The feeling body: affective science meets the enactive mind*. Cambridge: MIT Press, 2017.
213. Durt C, Fuchs T, Tewes C. Embodiment, enaction, and culture: investigating the constitution of the shared world. Cambridge: MIT Press, 2017.

214. Clark A, Chalmers D. The extended mind. *Analysis* 1998;58:10-23.
215. Ward D, Silverman D, Villalobos M. Introduction: The varieties of enactivism. *Topoi* 2017;36:365-75.
216. Dotov DG, Nie L, de Wit M. Understanding affordances: history and contemporary development of Gibson's central concept. *Avant* 2012;3:28-39.
217. Gallagher S. Decentering the brain: embodied cognition and the critique of neurocentrism and narrow-minded philosophy of mind. *Construct Found* 2018;14:8-21.
218. Sullivan JA. Coordinated pluralism as a means to facilitate integrative taxonomies of cognition. *Philos Explor* 2017;20:129-45.
219. Gauld C, Nielsen K, Job M et al. From analytic to synthetic-organizational pluralisms: a pluralistic enactive psychiatry. *Front Psychiatry* 2022;13:981787.
220. de Haan S. *Enactivism and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
221. Maiese M. *Embodied selves and divided minds*. Oxford: Oxford University Press, 2016.
222. Maiese M. An enactivist reconceptualization of the medical model. *Philos Psychol* 2021;34:962-88.
223. de Haan S, Rietveld E, Stokhof M et al. The phenomenology of deep brain stimulation-induced changes in OCD: an enactive affordance-based model. *Front Hum Neurosci* 2013;7:653.
224. Fuchs T. Depression, intercorporeality, and interaffectivity. *J Consciousness Studies* 2013;20:219-38.
225. Tschacher W, Giersch A, Friston K. Embodiment and schizophrenia: a review of implications and applications. *Schizophr Bull* 2017;43:745-53.
226. Ramírez-Vizcaya S, Froese T. The enactive approach to habits: new concepts for the cognitive science of bad habits and addiction. *Front Psychol* 2019;10:301.
227. Glackin SN, Roberts T, Krueger J. Out of our heads: addiction and psychiatric externalism. *Behav Brain Res* 2021;398:112936.
228. Gallagher S. Integration and causality in enactive approaches to psychiatry. *Front Psychiatry* 2022;13:870122.
229. Kendler KS, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2011;41:1143-50.
230. Nesse RM. Evolutionary psychiatry: foundations, progress and challenges. *World Psychiatry* 2023;22:177-202.
231. Kirmayer LJ, Ramstead M. Embodiment and enactment in cultural psychiatry. In: Durt C, Fuchs T, Tewes H (eds). *Embodiment, enaction, and culture: investigating the constitution of the shared world*. Cambridge: MIT Press, 2017:397-422.
232. Cicchetti D (ed). *Developmental psychopathology*, 3rd ed. London: Wiley, 2016.
233. Allen M, Friston KJ. From cognitivism to autopoiesis: towards a computational framework for the embodied mind. *Synthese* 2018;195:2459-82.
234. Gallagher S, Allen M. Active inference, enactivism and the hermeneutics of social cognition. *Synthese* 2018;195:2627-48.
235. Ramstead MJ, Kirchhoff MD, Friston KJ. A tale of two densities: active inference is enactive inference. *Adapt Behav* 2020;28:225-39.
236. Constant A, Clark A, Friston KJ. Representation wars: enacting an armistice through active inference. *Front Psychol* 2021;11:598733.
237. Friston K. Computational psychiatry: from synapses to sentience. *Mol Psychiatry* 2023;28:256-68.
238. Duquette P. Increasing our insular world view: interoception and psychopathology for psychotherapists. *Front Neurosci* 2017;11:135.
239. Riso LP, du Toit PL, Stein DJ et al. *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist-practitioner guide*. Washington: American Psychological Association, 2007.
240. Greenberg L. Emotions, the great captains of our lives: their role in the process of change in psychotherapy. *Am Psychol* 2012;67:697-707.
241. Pickard H, Ahmed S (eds). *The Routledge handbook of philosophy and science of addiction*. Oxon: Routledge, 2019.
242. Glackin SN. Philosophical issues in the addictions. In: Sussman S (ed). *The Cambridge handbook of substance and behavioral addictions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2020:38-50.
243. Gallie W. Essentially contested concepts. *Proc Aristotelian Soc* 1955;56:167-98.
244. Kukla QR. What counts as a disease, and why does it matter? *J Philos Disability* 2022;2:130-56.
245. Wakefield JC. On winking at the facts, and losing one's Hare: value pluralism and the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2005;4:88-9.
246. Parfit D. Railton's defence of soft naturalism. In: Parfit D (ed). *On what matters*, Vol. 3. Oxford: Oxford University Press, 2017:91-8.
247. Nielsen K. Comparing two enactive perspectives. *Philos Psychiatr Psychol* 2021;28:197-200.
248. Russell JL. Problems for enactive psychiatry as a practical framework. *Philos Psychol* 2023;36:1458-81.
249. Egginton W, Sandbothe M. *The pragmatic turn in philosophy: contemporary engagements between analytic and continental thought*. Albany: State University of New York Press, 2004.
250. Crippen M. Embodied cognition and perception: Dewey, science and skepticism. *Contemp Pragmatism* 2017;14:112-34.
251. Sellars W. Philosophy and the scientific image of man. In: Colodny R (ed). *Frontiers of science and philosophy*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1962:35-78.
252. Putnam H. *The collapse of the fact/value dichotomy and other essays*. Cambridge: Harvard University Press, 2002.
253. Stanghellini G, Raballo A, Broome M et al (eds). *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 2019.
254. Adriaens PR, De Block A. Why we essentialize mental disorders. *J Med Philos* 2013;38:107-27.
255. Radden J, Sadler J. *The virtuous psychiatrist: character ethics in psychiatric practice*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

DOI:10.1002/wps.21194

Cinco competencias conceptuales en psiquiatría

Stein et al¹ examinan una serie de avances recientes en filosofía de la psiquiatría que son relevantes para los profesionales clínicos. Recomiendan que la formación clínica incluya el desarrollo de “competencias conceptuales”, es decir, habilidades filosóficas y marcos teóricos que aporten nuevos recursos intelectuales a la psiquiatría². Aquí me gustaría profundizar en las competencias conceptuales que mencionan Stein et al, comentar cómo han crecido en los últimos 30-40 años y añadir uno más a su cuenta.

Quizá la competencia conceptual más importante sea la humildad conceptual, es decir, la conciencia de la naturaleza parcial y provisional del conocimiento psiquiátrico actual. Esto genera una expectativa de lo que he denominado (en el contexto más general del conocimiento médico en su conjunto) “pluralismo desordenado”³. Nuestra comprensión teórica de los fenómenos psiquiátricos se realiza a través de una variedad de marcos intelectuales con alcances vagamente delimitados. Estos marcos pueden llevarnos en direcciones productivas, o equivocarnos en formas que no sabemos prever, o conducirnos a consecuencias inesperadas que tendremos que investigar y perfeccionar. Proceder con humildad conceptual significa aceptar el pluralismo, en lugar de forzar una elección prematura entre verdades parciales, así como tratar las contradicciones generadas por múltiples marcos diferentes con curiosidad y no con horror epistémico.

Una segunda competencia conceptual va más allá del dualismo. Durante gran parte del siglo XX, se han abordado varias cuestiones psiquiátricas desde una perspectiva “científica” (como la de la neurociencia) o “humanista” (como la de la fenomenología). La *Psicopatología General* de K. Jaspers⁴ es un ejemplo típico de este tipo de dualismo, al igual que las dos formas de abordar los casos clínicos de P. Kramer en *Listening to Prozac*⁵. En ocasiones, estos enfoques compiten entre sí a la hora de ofrecer diferentes explicaciones sobre las causas de los trastornos psiquiátricos, con explicaciones neurocientíficas que evitan la “penetrabilidad cognitiva” en favor de causas mecanicistas y explicaciones fenomenológicas que buscan, a veces de forma dudosa, la exhaustividad narrativa. Este dualismo es un ejemplo sencillo de “pluralismo desordenado”, que implica dos enfoques. P. Kramer muestra habilidad para utilizar ambas perspectivas en el tratamiento de casos particulares. Lo que se necesita ahora es una mayor capacidad para hacer malabarismos con más de estas dos perspectivas, es decir, un pluralismo más complejo y matizado. La bifurcación común en enfoques científicos y humanísticos es una simplificación excesiva y engañosa de las opciones teóricas, que incluyen una variedad de enfoques científicos, humanísticos y mixtos. De ahí que ir “más allá del dualismo” sea una competencia conceptual importante.

Una tercera competencia conceptual importante es la apreciación de que los conceptos psiquiátricos a menudo pretenden alcanzar una variedad de objetivos además de los científicos tradicionales como la precisión descriptiva, el éxito predictivo y el poder explicativo. Se espera que los conceptos psiquiátricos identifiquen subgrupos apropiados para tratamientos específicos, subyazcan a directrices apropiadas para elegibilidades sociales/educativas/legales, proporcionen categorías para la investigación clínica, apoyen intuiciones sobre responsabilidad moral, y a veces incluso proporcionen identidades sociales. Los conceptos propues-

tos pueden rechazarse o modificarse por considerarse inexactos, demasiado difíciles de aplicar de forma fiable o problemáticamente estigmatizantes para algunos grupos de pacientes. Una de las lecciones perdurables del proceso DSM es que ningún sistema único de conceptos puede satisfacer todos estos objetivos en todo momento. Existen compensaciones inevitables entre diferentes objetivos importantes. Stein et al se refieren a esto en términos de “interacción de hechos naturales e intereses humanos”. Zachar⁶ ha introducido la idea de “tipos prácticos” como complemento de los “tipos naturales”. Un buen ejemplo de la capacidad de respuesta a diferentes objetivos es la forma cambiante en que se han tratado los síntomas de duelo intenso y prolongado desde el DSM-III hasta el DSM-5-TR, tratando de encontrar un equilibrio entre abordar eficazmente el sufrimiento humano y evitar la “patologización” de las reacciones normales a la pérdida.

Una cuarta competencia conceptual importante es la conciencia de qué grupos, individuos, profesiones, etc. controlan el discurso en psiquiatría. Por “controlar el discurso” me refiero a la mezcla de autoridad ganada e inmerecida que da forma a cómo se reciben las nuevas ideas del público, pacientes, familias y diversos profesionales de la salud. La era del DSM –desde 1980 hasta hace poco– ha estado marcada por el poderoso control de la American Psychiatric Association, en la que el consenso del grupo de expertos, liderado por psiquiatras con cierta participación de psicólogos, ha proporcionado las bases para las categorías y conceptos aceptados. Recientemente, ha habido múltiples llamamientos a favor de un proceso epistémico social más democrático, especialmente uno que incluya a “expertos por experiencia” (tradicionalmente llamados “pacientes”)⁷. A partir de 2023, el proceso del DSM en sí sigue siendo conservador, permitiendo la aportación de expertos por experiencia solo durante la fase de comentario público de las propuestas.

Una última competencia conceptual útil que me gustaría añadir a las recomendaciones de Stein et al es lo que llamaré conciencia hembig, tomando el neologismo “hembig” de Alvesson y Blom⁸. Al escribir en el ámbito académico de los estudios organizacionales, encuentran que el manejo de algunos conceptos clave (como “liderazgo”, “estrategia”, “institución”) es central e importante, pero confusamente impreciso y ambiguo. Un concepto “hembig” es aquel que es hegemónico (desempeña un papel regulador), ambiguo y grande (de alcance amplio y a menudo poco claro). Es importante saber qué conceptos son hembig para evitar ambigüedades e inferencias problemáticas. El principal hembig en psiquiatría es el término “trastorno psiquiátrico”, que es una metáfora (el significado literal –pero no real– de “trastorno” es “falta de orden”).

Aunque ha habido intentos de definir el “trastorno psiquiátrico” técnicamente, utilizando condiciones necesarias y suficientes, estos intentos generalmente no han alcanzado la generalidad prevista. Han incluido “patrones desadaptativos de dar sentido” (K. Nielsen), “disfunción perjudicial” (J. Wakefield), tipos biológicos perjudiciales (J. Tsou), fallos predictivos en el procesamiento bayesiano (A. Clark, K. Friston), juicios socialmente desviados (T. Szatz), “la locura como estrategia” (J. Garson) y soluciones de tipo “box canyon” (mínimo local) en el procesamiento cognitivo (K. Kendler). La sugerencia alternativa de L. Wittgenstein de que términos teóricos como “trastorno psiquiátrico” marcan “parecidos familiares”⁹ ha

sido una metáfora útil –aunque sigue siendo solo una metáfora– para empezar a explorar cómo funcionan este tipo de conceptos.

Miriam Solomon

Philosophy Department, Temple University, Philadelphia, PA, USA

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Aftab A, Waterman GS. *Acad Psychiatry* 2021;45:203-9.
3. Solomon M. *Making medical knowledge*. Oxford: Oxford University Press, 2015.

4. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
5. Kramer PD. *Listening to Prozac*. New York: Viking, 1992.
6. Zachar P. *A metaphysics of psychopathology*. Cambridge: MIT Press, 2014.
7. Sadler JZ, Fulford B. *Psychiatr Serv* 2004;55:133-8.
8. Alvesson M, Blom M. *Hum Relat* 2022;75:58-86.
9. Wittgenstein L. *Philosophical investigations*. Oxford: Basil Blackwell, 1958.

DOI:10.1002/wps.21195

(Solomon M. *Five conceptual competences in psychiatry*. *World Psychiatry* 2024;23:233–234)

Los profesionales de la psiquiatría necesitan competencia reflexiva

El artículo de Stein et al¹ ofrece una panorámica completa y oportuna de los principales avances teóricos en los trabajos sobre filosofía y psiquiatría. Los autores responden a las grandes cuestiones epistemológicas de la psiquiatría –el debate sobre la clasificación, la naturaleza de la psiquiatría y el problema mente-cuerpo– con naturalismo blando, pluralismo y cognición 4E, respectivamente. Aunque coincidí empáticamente con sus consideraciones, me sorprendió la visión egocéntrica de la psiquiatría. Los autores ven la psiquiatría como una isla científica y clínica en espléndido aislamiento sin relación con la sociedad en la que está inserta. Aquí abordo una perspectiva que tiene en cuenta: a) cómo la psiquiatría está moldeada por las fuerzas de la sociedad; b) cómo los temas mencionados anteriormente están influidos por supuestos filosóficos sostenidos por la comunidad global; y c) por qué el concepto de competencia conceptual, de acuerdo con Stein et al, es indispensable para los profesionales de psiquiatría.

La psiquiatría no es una disciplina aislada. Dialoga continuamente con otras ciencias como la farmacología, la neurociencia y la psicología. De hecho, salvo en el caso de la fenomenología clínica descriptiva, que últimamente se ha descuidado en gran medida, la innovación suele tener lugar fuera de la psiquiatría, mediante el desarrollo de nuevos fármacos, nuevas técnicas en imagen y genética, o la remodelación psicoterapéutica. La inteligencia artificial predice que en un futuro próximo cabe esperar innovaciones sustanciales en psiquiatría en la terapia asistida por psicodélicos, neuromodulación (estimulación magnética transcraneal repetitiva y estimulación cerebral profunda) y psiquiatría digital personalizada.

Con un examen más cercano, deberíamos incluso reconocer que la psiquiatría, más que cualquier otra disciplina médica, no está determinada por la ciencia, sino por la sociedad. Todos los síntomas psiquiátricos se definen en última instancia sobre el trasfondo de lo que comúnmente se considera normal. La normalidad no la establece la ciencia, sino la sociedad. Normal es el comportamiento individual que se ajusta al comportamiento más común. Las fluctuaciones en la prevalencia de los trastornos mentales a través de la cultura y el tiempo no están causadas por refinadas adaptaciones de los criterios científicos por parte de los expertos, sino impulsadas por las olas sociales. El autismo y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se han multiplicado por 100 debido a las perspectivas cambiantes sobre educación y productividad. Mucho antes de que la misofonía se diera a conocer en psiquiatría y entrara esporádicamente en artículos científicos, el término enfermedad circulaba globalmente por internet entre grupos de interés. A menudo la psiquiatría va a la zaga de los avances sociales. Hasta 1974 no desapareció la homosexualidad

como trastorno del DSM-II, y hasta 2019 no desaparecieron las afecciones relacionadas con la identidad sexual como trastornos mentales de la CIE-11.

Deberíamos aceptar que la psiquiatría ya no se moldea a sí misma. El rumbo y la fe de la psiquiatría no están determinados por psiquiatras o filósofos, sino por variaciones socioeconómicas alimentadas por personas influyentes en redes sociales. La crisis de identidad actual y en curso de la psiquiatría se debe a la constatación, aún no asumida, de que la psiquiatría como disciplina científica ha perdido el control de sí misma, tristemente popularizada por el tema universal del bienestar mental.

La normalidad ha cambiado profundamente. Mientras que durante mucho tiempo lo normal era la “salud mental”, ahora prima el “bienestar mental”. Toda institución que se precie, desde empresas a universidades, nombra “responsables de bienestar”. La salud mental se refiere a la ausencia de enfermedad mental. El bienestar mental se refiere a la presencia de condiciones favorables, incluyendo experimentar emociones positivas, mantener relaciones y sentirse significativo en la vida. El bienestar mental incluye sentirse bien en la propia piel, ser resiliente y capaz de disfrutar de la vida. En vista de la “norma” del bienestar mental, cada persona se ha convertido en un paciente potencial.

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia. Aproximadamente 1 de cada 7 personas padece uno o más trastornos mentales. En 2020, las tasas de depresión y ansiedad habían aumentado en todo el mundo más del 25%. Este aumento de la tasa de trastornos mentales no se debe a cambios de perspectivas en psiquiatría, sino a procesos sociales que reflejan valores filosóficos. Una vez que naces en este mundo, se espera que te realices como persona autónoma individual, es decir, como un sujeto absolutamente auténtico y perfectamente autodeterminante. A todos se nos educa en el supuesto de que la libertad individual es lo más elevado que se puede alcanzar en la vida. El ideal occidental del ser humano es la persona autónoma que prospera mejor en la mayor libertad, rodeada de la mayor comodidad y esforzándose por alcanzar la autodeterminación absoluta y la máxima autorrealización. Cada paso hacia una mayor autonomía individual nos lleva más arriba en la escala evolutiva, más lejos del instinto animal.

El ideal occidental de autonomía ilimitada se ha globalizado al compás del consumismo y el tecnologismo. Por desgracia, la mayoría de la gente no cumple ese ideal. En primer lugar, el ideal es inalcanzable o insostenible. En segundo lugar, el constante bombardeo con órdenes sociales de maximizarnos a nosotros mismos, de convertirnos en nosotros mismos y de demostrar que lo valemos, hace que la gente se sienta estresada, agotada, traumatizada, quemada, sola, inútil y sin sentido. En tercer lugar, aunque la gente

sufre porque no puede satisfacer las elevadas exigencias de una sociedad que valora el ideal absoluto de autonomía individual, esta sociedad no permite el sufrimiento mental. El fracaso no es una opción. La autonomía individual dicta que tenemos que tener éxito; que siempre tenemos el control y nos sentimos felices. Dado que el sufrimiento mental es inaceptable, la angustia mental solo se permite como trastorno psiquiátrico del que no asumimos ninguna responsabilidad individual y no tenemos la culpa.

Los trastornos mentales no están aumentando porque cada vez más pacientes padezcan enfermedades psiquiátricas, sino porque el ideal de autonomía individual se ha convertido en el estándar de normalidad en todo el mundo. No es casualidad que la ansiedad y la depresión sean los trastornos mentales más comunes. Expresan nuestro fracaso al intentar cumplir la exigencia imposible de la autonomía individual. Estamos más ansiosos no porque nuestro mundo se haya vuelto más peligroso –al contrario, se ha vuelto más seguro–, sino porque nuestro deseo de control es desproporcionado. Estamos más deprimidos no porque nuestras vidas carezcan de esperanza y sentido –en realidad, es todo lo contrario–, sino porque nos enfrentamos a demasiadas opciones, nos creamos expectativas irrealmente altas y nos culpamos de todos y cada uno de los fracasos.

Me encantó leer sobre la “competencia conceptual” en el artículo de Stein et al. Quiero ir un paso más allá. La competencia de un psiquiatra debería incluir tres habilidades diferentes: competencia profesional, o el conocimiento teórico y la formación para ejercer su profesión; competencia experiencial, o la experiencia clínica a través de años de contacto con pacientes o clientes; y competencia reflexiva, o la capacidad de reflexionar sobre su profesión, el papel específico que desempeña en ella y cómo se ven afectados por la sociedad.

La competencia reflexiva es la conciencia transformadora de cómo los supuestos conceptuales de la sociedad configuran la atención clínica. Los presupuestos filosóficos de salud y enfermedad, mente y cuerpo, normal y anormal cambian constantemente en un mundo globalizado y digital. De manera imperceptible, determinan la validez del diagnóstico y tratamiento. Por eso, reflexionar sobre nuestra profesión forma parte de las competencias básicas de todo profesional. Al igual que un joyero no solo diseña joyas sino que también calcula el precio del oro, un psiquiatra tiene en cuenta la visión que la sociedad tiene del sufrimiento mental, además de lo que surge de su contacto con los pacientes.

A raíz de la crisis de la psiquiatría, algunos colegas reclamaron “un replanteamiento fundamental de la creación y formación del conocimiento psiquiátrico”². Según una encuesta, el 65,2% de los profesionales de la salud mental se enfrenta a cuestiones conceptuales y filosóficas relacionadas con su profesión, y solo el 4,3% considera que la formación le preparó adecuadamente para afrontar este reto intelectual³. ¿Es tarea de la psiquiatría reflexionar, más allá de la psicopatología de los individuos, sobre los valores filosóficos de las sociedades modernas? Pero, de nuevo, ¿tenemos otra opción?

Damiaan Denys

Department of Psychiatry, Amsterdam University Medical Centers, Amsterdam, The Netherlands

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Gardner C, Kleinman A. *N Engl J Med* 2019;381:1697-9.
3. Aftab A, Ghaemi SN, Stagno S. *Acad Psychiatry* 2018;42:559-63.

DOI:10.1002/wps.21196

(Denys D. *Professionals in psychiatry need reflective competence. World Psychiatry* 2024;23:234–235)

La filosofía de la psiquiatría puede adquirir mayor vitalidad al abordar las implicaciones de la nueva ciencia

Stein et al¹ introducen la filosofía de la psiquiatría presentando una serie de posturas bien seleccionadas y fundamentadas históricamente sobre temas con los que la disciplina ha estado centralmente comprometida. Incluyen la definición y límites de la psicopatología, la naturaleza inestable de los constructos diagnósticos en psiquiatría (incluida la dialéctica entre naturalismo y normativismo), los peligros del esencialismo y las relaciones mente-cerebro. Introducen estos temas en parte a través del convincente dispositivo de hilos “conversacionales” asincrónicos que contienen posiciones y argumentos de escritores sucesivos, y acompañan esta exposición con sus propios comentarios amablemente reflexivos. También proporcionan marcos intelectuales para orientar a los lectores que se acercan a estos temas por primera vez. Por ejemplo, ofrecen un contexto en el que entender el debate entre posturas naturalistas y normativistas sobre las definiciones de los trastornos psiquiátricos, un debate que puede resultar menos familiar a los lectores procedentes de campos de la medicina científicamente más maduros que fundamentan con confianza los diagnósticos en el conocimiento de la etiología y la fisiopatología².

Stein et al comparan las versiones fuertes del naturalismo en psiquiatría, que sostienen que los trastornos pueden definirse en términos científicos puramente fácticos y libres de valores, con versiones fuertes del normativismo, que sostienen que las definiciones de los trastornos siempre requieren juicios de valor y que,

en su forma más extrema, derivan en el relativismo explotado por el movimiento antipsiquiátrico de mediados y finales del siglo XX. A continuación, discuten posiciones de compromiso o puente, epistémicamente más defendibles y pragmáticamente más útiles que cualquiera de los extremos. Lamentablemente, al defender el compromiso, los autores parecen satisfechos con el “naturalismo blando”, un concepto demasiado amorfo para establecer estructuras conceptuales útiles para una futura nosología muy necesaria que capture con éxito trastornos con diversas etiologías y fisiopatologías, desde trastornos monogénicos del neurodesarrollo asociados al autismo hasta trastornos altamente poligénicos con importantes factores etiológicos ambientales y del desarrollo, como la depresión y el trastorno de estrés postraumático, para los que no existen límites claros con la salud.

De hecho, es traicionero considerar los trastornos psiquiátricos (p. ej., todos los trastornos incluidos en el DSM-5) como una agrupación natural que puede englobarse conceptualmente en una única definición o generalización. Lo que figura en la lista de trastornos mentales del DSM-5 es históricamente contingente, basado en parte en similitudes fenotípicas, en parte en el desconocimiento de la etiología y los mecanismos neuronales y, lo que es más importante, en reivindicaciones disciplinarias y patrones de práctica que –como ilustra el movimiento de trastornos entre los capítulos de la CIE-11– pueden ser rebatidos por

otras disciplinas, como la neurología, la endocrinología sexual o la pediatría^{2,3}.

La filosofía es una disciplina muy abstracta cuando se centra en principios básicos como el ser, el conocimiento, la causalidad y las justificaciones básicas de los principios éticos. En cambio, como bien ilustran Stein et al, la filosofía de la psiquiatría se ocupa de las aplicaciones de herramientas filosóficas a la compleja maraña de teorías, esquemas cognitivos (incluyendo clasificaciones de enfermedades), hipótesis, observaciones empíricas, políticas y prácticas de una disciplina médica concreta. La filosofía de la psiquiatría gana terreno en cuestiones de importancia para sus diversas partes interesadas gracias a su postura interdisciplinaria, con un pie en conceptos filosóficos básicos y métodos analíticos, y el otro firmemente plantado en los constructos teóricos, las prácticas y la ciencia que sustentan la disciplina. En este contexto, el artículo de Stein et al es especialmente oportuno, porque la base científica de la psiquiatría está evolucionando rápidamente y ya está cambiando algunos rincones de la práctica y la política, avances que claramente se beneficiarán de los análisis filosóficos.

Durante las dos últimas décadas, avances significativos en tecnología e informática (incluido el aprendizaje automático y la ciencia de datos) no solo han abierto nuevas posibilidades científicas, sino que también han motivado cambios significativos en la organización de la ciencia biomédica, como la creación de consorcios internacionales de intercambio de datos (p. ej., el Consorcio de Genómica Psiquiátrica⁴) y grandes cohortes de poblaciones profundamente fenotipadas y secuenciadas genómicamente (p. ej., el Biobanco del Reino Unido). La investigación psiquiátrica ha aprovechado estos desarrollos para producir avances notables en genética⁴; progresos en aspectos relevantes de la neurociencia molecular, la conectómica y la neurociencia cognitiva; y nuevos y potentes enfoques de fenotipado y epidemiología basados en historias clínicas electrónicas, grandes cohortes recontactables y ciencias de datos.

Hace solo quince años no existían asociaciones genéticas replicables con trastornos psiquiátricos. Hoy hay cientos, y algunos ejemplos de datos genéticos y neurobiológicos integrados ya han dado lugar a mecanismos candidatos para la esquizofrenia y otras enfermedades⁵. A su vez, estas hipótesis mecanicistas están sirviendo de base para nuevos descubrimientos racionales de biomarcadores y dianas terapéuticas. En el ámbito traslacional, la conectómica y el aprendizaje automático han dado lugar a terapias basadas en circuitos (como la estimulación cerebral profunda de circuito abierto y cerrado) que ya están en fase de ensayo clínico o en uso clínico⁶.

La creciente evidencia de que los cerebros son “máquinas de predicción”, surgida de la neurociencia cognitiva y de sistemas, defiende firmemente que los cerebros construyen la experiencia y el comportamiento subjetivos a partir de antecedentes bayesianos corregidos por la información sensorial interoceptiva y exteroceptiva. Si dicha comprensión de la función cerebral sigue ganando apoyo probatorio y conceptual, como creo que ocurrirá, las ideas sobre las relaciones cerebro-mente, el sentido del yo, la identidad personal y la agencia –tan centrales para la filosofía y la psiquiatría– requerirán una revisión sustancial. En cuanto a las enfermedades mentales, un modelo bayesiano del cerebro puede proporcionar nuevas formas útiles de pensar sobre enfermedades tan diversas como la adicción, las alucinaciones y los delirios⁷, y los mecanismos por los que las psicoterapias cognitivo-conductuales ejercen efectos beneficiosos. Todos estos avances científicos tienen profundas implicaciones filosóficas, no solo para los problemas

clásicos de la filosofía de la psiquiatría, sino también para una serie de cuestiones que van desde el concepto del yo hasta el control volitivo del comportamiento.

La genética y la neurociencia modernas aportan mucha información que debería influir en los intentos actuales de definir la psicopatología o clasificar los trastornos psiquiátricos. La genética humana demuestra que las variantes de la secuencia de ADN asociadas a los trastornos psiquiátricos (“alelos de riesgo”) se distribuyen de forma continua en las poblaciones, sin ninguna ruptura o punto de inflexión que delimite de forma natural una separación categórica de la salud². Los estudios epidemiológicos también demuestran la distribución continua en la población de síntomas y deterioros asociados al trastorno depresivo mayor y otras afecciones psiquiátricas comunes. Además, los alelos de riesgo individuales actúan de forma pleiotrópica, influyendo en múltiples trastornos. Por ejemplo, la esquizofrenia y el trastorno bipolar comparten aproximadamente el 70% de sus variantes comunes de alelos de riesgo. En los trastornos que se han estudiado, los análisis unicelulares imparciales de la expresión génica (a partir de la secuenciación del ARN) y la epigenómica (a partir de los patrones de accesibilidad de la cromatina) realizados en cerebros post mortem solo encuentran diferencias cuantitativas entre los individuos afectados y los no afectados, y mucho solapamiento en la expresión génica entre los trastornos.

Estos hallazgos cuestionan el establecimiento de límites categóricos entre los trastornos del DSM y favorecen fuertemente las definiciones dimensionales transdiagnósticas. Además, la importante heterogeneidad de los mecanismos subyacentes “intra-trastorno” confunde la investigación clínica, contribuyendo al fracaso de los intentos, mediante imágenes estructurales y funcionales, de distinguir de forma sólida y fiable los casos de los controles. Así pues, las actuales definiciones categóricas de los trastornos no solo imponen límites artificiales entre los trastornos nombrados, sino que tampoco logran la homogeneidad dentro de las supuestas categorías.

Cabe destacar aquí un descubrimiento adicional: tanto a nivel genético como fenotípico, los trastornos diagnosticados no representan exclusivamente déficits. Por ejemplo, el trastorno obsesivo-compulsivo, el autismo poligénico y la anorexia nerviosa comparten alelos con fenotipos beneficiosos, como un mayor nivel educativo y, en el caso del autismo, una mayor capacidad cognitiva^{8,9}. En general, un número significativo de variantes de ADN asociadas con síntomas de deterioro también pueden estar asociadas con fortalezas que tienen valencias opuestas con respecto al éxito en la vida y la supervivencia. Estas observaciones científicas sin duda complican, si no anulan por completo, los intentos de los comentaristas de afirmar que las definiciones de trastorno psiquiátrico pueden basarse en sus inferencias especulativas sobre la selección natural.

La psiquiatría está entrando en una época de cambios significativos en su ciencia subyacente, que apenas está empezando a influir en la clínica⁶ y a captar la atención de los responsables políticos. Este es un momento en el que los análisis y reflexiones de la filosofía de la psiquiatría deberían ganar en importancia, impulsados por el compromiso con la nueva ciencia. Stein et al han prestado un importante servicio al proporcionar una plataforma lúcida desde la que la psiquiatría puede abordar mejor su futuro.

Steven E. Hyman

Stanley Center for Psychiatric Research at the Broad Institute of Harvard and Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA, USA

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Hyman SE. *Perspect Biol Med* 2021;64:6-28.
3. World Health Organization. *International classification of diseases*, 11th ed. Geneva: World Health Organization, 2018.
4. Trubetskoy V, Pardiñas AF, Qi T et al. *Nature* 2022;604:502-8.
5. Sekar A, Bialas AR, de Rivera H et al. *Nature* 2016;530:177-83.
6. Scangos KW, Khambhati KM, Daly PM et al. *Nat Med* 2021;27:1696-700.

7. Friston K. *Am J Psychiatry* 2020;177:1110-2.
8. Robinson EB, St. Pourcain B, Anttila V et al. *Nat Genet* 2016;48:552-5.
9. Brainstorm Consortium. *Science* 2018;360:1314-9.

DOI:10.1002/wps.21197

(Hyman SE. *Philosophy of psychiatry can gain greater vitality by engaging the implications of new science. World Psychiatry* 2024;23:235–237)

Lanzamiento de la filosofía social de la psiquiatría

Stein et al¹ ofrecen un resumen actualizado del campo de la filosofía-psiquiatría que se centra en el triunvirato mente-cerebro-mundo. Realizan un trabajo asombroso al resumir 30 años de actividad en este campo, que culmina con una consideración del presente hacia el futuro de la cognición encarnada.

Aquí miro hacia delante en una dirección diferente. Tomando prestada la distinción internalista-externalista de la historiografía, la filosofía externalista de la psiquiatría podría parafrasearse como una filosofía social de la psiquiatría. La filosofía externalista de la psiquiatría consideraría el papel del mundo social y cultural en la configuración de las concepciones de la enfermedad mental y sus tratamientos. Consideraría los fenómenos sociales como contribuyentes ambientales a las complejas causalidades que convergen en fenómenos psicopatológicos. Reconsideraría los conceptos de libre albedrío en términos de características estructurales del organismo humano junto con las características estructurales de nuestro entorno social cada vez más complejo. Se basaría en la filosofía de la tecnología, la epistemología social, la metafísica, la filosofía política y la antropología filosófica para situar el diagnóstico clínico, la investigación y la teoría en contextos socioculturales. A través de la comprensión de estos contextos sociales, podemos encontrar una nueva claridad en el proyecto de salud mental.

Puedo hacer más vívidas estas generalizaciones abstractas considerando algunos ejemplos de nuestra época actual, rápidamente cambiante. Menciono muy brevemente tres áreas maduras para ser desarrolladas por los filósofos sociales de la psiquiatría: la absorción de la actividad clínica por registros médicos electrónicos; el papel de dominación del Estado en la salud mental; y la psicopatología de la inteligencia artificial (IA).

Ya en 1977, Heidegger² introdujo el concepto de “encuadre” en las filosofías de la tecnología que entonces se estaban desarrollando. “Encuadre” implica la tendencia de las tecnologías a apropiarse de recursos para sus propios fines, formando una “reserva permanente” de recursos cada vez más alejada de los objetivos humanos. El pensamiento de Heidegger contribuyó a fundar la ahora familiar filosofía de tropos tecnológicos como “las tecnologías resuelven problemas que, a su vez, generan nuevos problemas, que requieren nuevas soluciones tecnológicas”. Esta expansión recursiva de los imperativos tecnológicos puede verse en las clínicas de todo el mundo a través de los registros médicos electrónicos. Los directores de formación psiquiátrica ya están observando el deterioro de las habilidades de entrevista y diagnóstico cuando los jóvenes en formación se ven abocados a marcar casilla tras casilla de hallazgos clínicos, siendo “encuadrados” en la estructura metafísica de esos registros, y perdiéndose la gran imagen narrativa del paciente. Para Heidegger, lo que hizo que el “encuadre” fuera tóxico era que las tecnologías cambian nuestra forma de pensar, como en las mencionadas entrevistas con casillas de verificación. Afortunadamente, los filósofos de la tecnología han estado trabajando en este conjunto de problemas durante un tiempo, y los filósofos de la psiquiatría

pueden encontrar una rica literatura. La respuesta al “encuadre” digital ya ha comenzado³.

El equipo de arqueólogos/antropólogos formado por D. Graeber y D. Wengrow⁴ reconsidera la historia del mundo con especial interés por el origen de la desigualdad social y el origen del Estado (p. ej., el gobierno). Como científicos sociales, tienen acceso a las ciencias arqueológicas y antropológicas y pueden interpretarlas liberados de los límites de las “huellas” de los textos escritos. Mediante el estudio de los artefactos culturales, pueden aportar evidencia sobre la diversidad de la vida comunitaria a lo largo de milenios. Una de sus principales ideas son los hilos comunes que constituyen la dominación de unas personas por otras, es decir, el control social. Identifican tres factores que se manifiestan de forma individual, doble o triple en prácticamente todas las formas culturales de las comunidades dominadas: control de la violencia, control del conocimiento y el control por el carisma. El control de la violencia se refiere a las personas que están autorizadas a aplicar la violencia a los demás, ya sea de forma bélica o gestionando la delincuencia (por poner solo dos ejemplos). El control del conocimiento tiene que ver con las personas que controlan lo que se considera verdad y conocimiento. El control por el carisma tiene que ver con la capacidad de persuasión del grupo aspirante al poder; la capacidad de atraer creyentes/seguidores al redil.

Los autores señalan que la dominación más exitosa se produce cuando se juntan los tres factores de la tríada. También señalan que los medios para capturar los tres factores no son determinantes; se pueden tener dominaciones democráticas, imperiales o fascistas, por ejemplo. No necesito detallar la relevancia de estos conceptos para nuestra actual situación mundial, pero puedo señalar su relevancia para la filosofía social de la psiquiatría. En la última década hemos asistido al surgimiento de regímenes autoritarios populistas: el elemento carisma. Hemos sido testigos de la pérdida de confianza en las “élites”: científicos, profesores, filósofos, intelectuales y médicos. Y lo que es más importante, hablar de “posverdad” y la transformación de la mentira pública de vicio a virtud está erosionando nuestras formas anteriores de dominio del conocimiento. El control de la violencia también se está tambaleando en todo el mundo, ya que las redes sociales permiten cuestionar los mecanismos convencionales de control de la violencia (policía, tribunales, libertades civiles, estado de derecho, subordinación) a través de tropos familiares como #Icantbreathe, #metoo y el asalto sin precedentes del 6 de enero al edificio del Capitolio de EE.UU. Para los filósofos de la psiquiatría, la gama de tareas derivadas de estos cambios sociales es enorme. Algunas son sencillas de concebir: ¿cómo se comunican los clínicos en torno a estos fenómenos? Otras son definitorias: ¿cuántas personas deben creer algo para que una creencia falsa no sea un delirio? Y otras son insidiosas: ¿qué se entiende por salud mental en un mundo de posverdad en el que la confianza en las instituciones estatales es cada vez menor?

En los últimos meses hemos sido testigos de la explosión de la tecnología de IA ofrecida por las principales empresas de tecnología de la información. También hemos asistido al entusiasmo desbordante y a la preocupación apocalíptica de muchos usuarios y comentaristas. En algún punto intermedio entre estas reacciones sociales se encuentra la evaluación sistemática de estos sistemas a medida que evolucionan. Hemos visto cómo los prejuicios humanos se incorporan a la IA, lo que lleva a la perpetuación de los prejuicios en su uso posterior⁵. También hemos visto resultados absurdos y aterradores de dispositivos de lenguaje natural cuando se les hacen preguntas corrientes⁶. Los filósofos sociales de la psiquiatría pueden prever el desarrollo de efectos circulares de los intercambios desviados entre humanos e IA online y preocuparse por las consecuencias sociales. Algunos ejemplos de investigaciones en este campo apuntan a tratar las respuestas desviadas de la IA como análogos de la psicopatología⁷. Otros consideran el uso de la tecnología de IA como modelos explicativos de psicopatologías humanas y herramientas para el desarrollo terapéutico⁸. También podemos imaginar la participación de la IA en disputas sobre información errónea médica y de otro tipo en el entorno de las redes sociales, conectando así la psicopatología de la IA con la teoría de la dominación social descrita anteriormente. Algunos preliminares de este tra-

bajo han apelado a un “padre” de la filosofía de la psiquiatría: K. Jaspers⁹.

Todo este trabajo potencial está muy abierto, es profundo e importante.

John Z. Sadler

University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Heidegger M. In: Krell DF (ed). *Basic writings*. New York: Harper and Row, 1976:283-317.
3. Newport C. *Digital minimalism: choosing a focused life in a noisy world*. New York: Penguin, 2019.
4. Graeber D, Wengrow D. *The dawn of everything: a new history of humanity*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2021.
5. Schwartz R, Vassilev A, Greene L et al. *Towards a standard for identifying and managing bias in artificial intelligence*. NIST Publication 1270, 2022.
6. Knight W. The foundations of AI are riddled with errors. *Wired*, March 31, 2021.
7. Behzadan V, Munir A, Yampolskiy RV. *arXiv* 2018;1805.08915.
8. Garfield DA, Rapp C, Evens M. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:227-37.
9. Starke G, Poppe C. *Ethics Inf Technol* 2022;24:26.

DOI:10.1002/wps.21200

(Sadler JZ. *Launching the social philosophy of psychiatry*. *World Psychiatry* 2024;23:237-238)

Otra “y”: la filosofía como pegamento

Ofreciendo una oportuna perspectiva sobre la filosofía contemporánea de la psiquiatría, el artículo de Stein et al¹ es en parte una revisión y en parte un canto a un modelo integrador de la mente, “encarnado/4E”. Como tal, el artículo capta muy bien la colegialidad que es una característica definitoria del campo. El renacimiento de la filosofía de la psiquiatría, que floreció en todo el mundo en la década de 1990, ha evitado en gran medida los cismas tribales que han afectado a tantas disciplinas “psi”. De hecho, Stein et al adoptan una postura integradora: el conectivo dominante es “y” (filosofías “occidental y oriental”, “hechos y valores”); la propia “filosofía de la psiquiatría” se utiliza indistintamente con “filosofía y psiquiatría”; hay un útil debate sobre las variedades del pluralismo; y “encarnado/4E” se presenta no como una panacea sino como un modelo de integración (mente y cuerpo, normativismo y naturalismo, etc.).

El historiador y psiquiatra suizo P. Hoff ha caracterizado la historia de la psiquiatría como una historia de colapsos en serie a mitologías de un solo mensaje². Al fin y al cabo, las “posiciones binarias”, como señalan Stein et al, “tienen la ventaja de ser directas”. El hecho de que la filosofía de la psiquiatría evite la división en facciones es, por tanto, un punto fuerte. Sin embargo, esto conlleva vulnerabilidades. Por eso hay que añadir otra “y”. A las numerosas variedades de experiencia por formación comentadas en este artículo, habría que añadir la experiencia por la propia experiencia de pacientes y cuidadores.

Para ser claros, Stein et al subrayan la importancia de lo que denominan, de diversas formas, “experiencia vivida”, “experiencia subjetiva”, “experiencia individual” y “experiencia en primera persona”. Pero lo que quizá valga la pena destacar es la creciente importancia de la coproducción entre expertos en formación y expertos por experiencia en el trabajo clínico, en la investigación y en la filosofía de la psiquiatría, tanto internamente como por su importancia más amplia en la atención a la salud mental en

su conjunto. A continuación, comento brevemente cada una de estas áreas.

La importancia de la coproducción en contextos clínicos deriva de la práctica orientada a la recuperación, es decir, la práctica dirigida a recuperar una buena calidad de vida definida por los valores de —es decir, por lo que importa o es importante para— la persona en cuestión³. Así definidos, los criterios de recuperación, en un caso dado, se derivan necesariamente de la experiencia por la propia experiencia del individuo en cuestión. Por supuesto, la experiencia por formación sigue siendo importante, entre otras cosas, para asesorar sobre las intervenciones basadas en la evidencia que apoyan la recuperación, para interpretar los valores que definen la recuperación cuando (como en la anorexia nerviosa) son empáticamente oscuros, y para equilibrar los valores en conflicto (como en el tratamiento obligatorio). La importancia clínica de la experiencia por la propia experiencia no es a expensas de la experiencia por la formación. Al contrario, ambas son necesarias. La exigencia de coproducción es, una vez más, conjuntiva, no disyuntiva. Pero la cuestión es que, sin experiencia por la propia experiencia, la práctica orientada a la recuperación no puede ni siquiera empezar.

Consideraciones similares se aplican a la investigación en neurociencias, aunque en este caso teniendo en cuenta la importancia de la coproducción para la traslación en mente. Un reto notable para la psiquiatría es que los propios científicos psiquiátricos se han vuelto cada vez más críticos con las tasas persistentemente bajas de traslación de la investigación neurocientífica en mejoras de la atención clínica: los arquitectos del DSM-5 y sus críticos, por ejemplo⁴, coincidían en este punto. La experiencia por la propia experiencia, aunque cada vez más demandada por los financiadores de la investigación, no ofrece garantías de una mejor traslación. Sin embargo, la coproducción, al requerir la adopción de objetivos comunes por parte de investigadores y pacientes, garantizaría al menos una visión compartida de cómo debe ser el éxito.

La coproducción es ahora también una característica de la filosofía de la psiquiatría. Al menos en su renacimiento posterior a los años 1990, tanto la filosofía analítica⁵ como la continental⁶ de la psiquiatría han adoptado metodologías coproductivas. En Oxford, una colaboración institucional prepanidémica entre la Facultad de Filosofía y la Fundación de Salud Mental (una organización no gubernamental de salud mental con sede en Londres) sigue siendo altamente productiva. Una joint venture lanzada recientemente es un programa financiado por Wellcome Trust sobre filosofía y nuevos modelos de salud mental pública, codirigido por un filósofo, A. Bergqvist, y un experto por experiencia, D. Crepaz-Keay.

El significado más amplio de la coproducción en filosofía de la psiquiatría está relacionado con la forma en que se entiende la función de la filosofía. Stein et al señalan cómo la variedad de filosofías se traduce en diversas formulaciones de conceptos complejos como el pluralismo. Esta y otras formulaciones igualmente diversas apuntan a que la función de la filosofía no es resolver problemas complejos, sino más bien evitar el cierre prematuro de respuestas que, aunque son realmente persuasivas por las simplificaciones que fomentan, no dejan de ser erróneas.

La función de la filosofía de “evitar el cierre prematuro” es importante en psiquiatría, sobre todo como barrera contra los “colapsos en mitologías de un solo mensaje” mencionados anteriormente de Hoff. Una vez más, la coproducción no ofrece garantías de éxito. Pero los indicios son positivos: después de todo, la propia coproducción se encuentra entre los modelos integradores que Stein et al celebran; otros sistemas abiertos similares (como el trabajo en equipo multidisciplinario y la evolución darwiniana) ofrecen una prueba de principio; y ejemplos contemporáneos^{5,6} documentan la eficacia de la coproducción en la filosofía de la psiquiatría sobre los paradigmas anteriores de expertos por formación. Por lo tanto, en la medida en que la coproducción con expertos por experiencia refuerza el papel de la filosofía en la prevención del cierre prematuro de problemas complejos, la filosofía de la psiquiatría tiene un papel que desempeñar en todas las áreas del trabajo clínico y en la investigación sobre salud mental en su conjunto.

Stein et al reconocen con razón que cualquier revisión debe equilibrar profundidad y amplitud, una tarea especialmente difícil cuando, como en las humanidades, no existen criterios externos de excelencia ampliamente aceptados, como, por ejemplo, la jerarquía de evidencia de la medicina basada en la evidencia. Quizás esto sea “algo bueno”. Al fin y al cabo, ni siquiera la jerarquía de la evidencia está exenta de limitaciones. Pero, dada la mención que Stein et al hacen del filósofo norteamericano H. Putnam, yo sugeriría que se prestara más atención a su postura de “distinción sin dicotomía” sobre los hechos y el valor (ya que es en ella, y no en el naturalismo, “blando” o de otro tipo, donde se sustenta

teóricamente la práctica basada en valores⁷). A la útil discusión sobre la normatividad de la ciencia, añadiría una mención del análisis lingüístico seminal de J. Sadler sobre los valores que guían el DSM⁸. Además, dado que “encarnado/4E” se describe como una representación de los trastornos mentales como “alteraciones de la creación de sentido”, sugeriría hacer hincapié en el reto del “delirio”, descrito de forma memorable por el filósofo británico de la mente N. Eilan como el reto de “resolver simultáneamente la comprensión y la total extrañeza⁹”.

Stein et al han prestado un importante servicio al renaciente campo de la filosofía de la psiquiatría al demostrar el éxito aún creciente de su enfoque colegiado. Sin embargo, el éxito conlleva desafíos –competencia por la financiación de la investigación, por el prestigio, etc.– y con esto, a su vez, renovados riesgos de “colapsos en mitologías de un solo mensaje” de Hoff. Para evitar el cierre prematuro de problemas complejos, la filosofía proporciona el pegamento conceptual necesario para unir los múltiples mensajes que requiere un modelo integrado de salud mental como el que defienden Stein et al. Destacar y hacer plenamente explícita la importancia de la coproducción entre los expertos por experiencia y los expertos por formación, en todos los ámbitos de la investigación y la práctica de la salud mental, garantizará que el pegamento quede bien fijado.

Kenneth W.M. (Bill) Fulford

St. Catherine's College and Faculty of Philosophy, University of Oxford, Oxford, UK

El autor agradece a D. Crepaz-Keay su aportación a este comentario como experto por experiencia.

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. World Psychiatry 2024;23:215-32.
2. Hoff P. In: Bormuth M, Wiesing U (eds). Ethische Aspekte der Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie. Cologne: Deutscher Ärzte-Verlag, 2005:71-9.
3. Slade M, Amering M, Farkas M et al. World Psychiatry 2014;13:12-20.
4. Cuthbert BN, Insel TR. BMC Med 2013;11:126.
5. Hoerl C. Philos Psychiatry Psychol 2001;8:83-8.
6. Ratcliffe M. Experiences of depression: a study in phenomenology. Oxford: Oxford University Press, 2015.
7. Fulford KWM, van Staden W. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al (eds). The Oxford handbook of philosophy and psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2013:385-412.
8. Sadler JZ. Values and psychiatric diagnosis. Oxford: Oxford University Press, 2005.
9. Eilan N. In: Zahavi D (ed). Exploring the self. Amsterdam: John Benjamins, 2000:97-113.

DOI:10.1002/wps.21199

(Bill Fulford KWM. Another “and”: philosophy as glue. World Psychiatry 2024;23:238-239)

Fenomenología, delirios y justicia

El artículo de Stein et al¹ ofrece una introducción clara y magistral a la filosofía de la psiquiatría, sus avances clave y sus implicaciones clínicas. Como señalan los autores, a menudo se considera que la filosofía no ha progresado necesariamente, pero el artículo demuestra que no es el caso de la filosofía de la psiquiatría.

La filosofía de la psiquiatría es a la vez una filosofía de la ciencia (de manera similar a la filosofía de la física o la biología) y una filosofía de práctica y ética. De hecho, muchos autores han utilizado la filosofía para dar sentido o cuestionar los cambios

en nuestra disciplina: la esperanza de los neokraepelinianos, el advenimiento de la neuroimagen funcional, la democratización del conocimiento psiquiátrico y la asociación con aquellos que han vivido experiencias de problemas de salud mental.

Las áreas que Stein et al cubren en su artículo son, en términos generales, aquellas vinculadas a la filosofía de la ciencia y de la psicología/mente, y la tradición de la filosofía “angloamericana”. Esta tradición –inaugurada por Russell, Frege y Moore– se centra en el análisis de conceptos y el estudio de la lógica y el lenguaje.

Mi propio trabajo filosófico se ha inscrito en parte en esta tradición, pero también en la otra tradición filosófica occidental dominante, a saber, la filosofía “continental” o “europea”.

Esta tradición surgió del idealismo alemán, el neokantismo y la fenomenología, y en un principio sus intereses eran muy similares a los de la filosofía analítica primitiva en su estudio del lenguaje, la lógica y la aritmética. Sin embargo, a través de la obra de Heidegger, Jaspers y otros, posteriormente tomó las ideas fenomenológicas iniciales de Husserl y comenzó a utilizarlas para comprender experiencias vividas, históricas y concretas y temas existenciales.

Estos temas alcanzaron su apogeo en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, con el existencialismo de Sartre y De Beauvoir, y los trabajos afines de Merleau-Ponty y Fanon. Esta obra impactó en la psiquiatría en una serie de conexiones muy directas: la propia enseñanza de Heidegger a los psiquiatras con M. Boss, el desarrollo del análisis de Dasein que realizó Binswanger y la influencia del existencialismo fenomenológico en la obra de Laing.

Sin embargo, paralelamente al predominio de la fenomenología en la filosofía europea de las décadas clave del siglo XX, existen otras dos vertientes clave de esta tradición: la interacción de la filosofía con el psicoanálisis y con el marxismo. De ahí que la filosofía continental traiga consigo un interés por las fuerzas “ocultas”, ya sea el inconsciente o el capitalismo, que dan forma a la experiencia humana, y una idea más contextualizada e historizada de la persona.

Este enfoque ha permitido una forma más “política” de pensar sobre el yo y –con el posestructuralismo, los estudios coloniales y la filosofía feminista– nos ha proporcionado herramientas para reflexionar sobre cuestiones de interseccionalidad, opresión, marginación y la experiencia de la migración y la colonialización, que son relevantes para nuestro trabajo como profesionales e investigadores².

En nuestro reciente proyecto Renovando la Psicopatología Fenomenológica, hemos intentado devolver algunas de las ideas de la filosofía continental de finales del siglo XX a la psicopatología fenomenológica de Jaspers y sus sucesores³. Gran parte de la psicopatología fenomenológica “clásica” ha sido escrita desde una perspectiva en tercera persona, típicamente por un hombre europeo, tratando de describir las estructuras de la experiencia de la enfermedad mental. Con nuestro proyecto esperamos aumentar el conocimiento internacional en el área, desarrollar nuevas áreas de intersección entre la fenomenología y otras disciplinas académicas y, lo más importante, apoyar a aquellos con experiencia vivida que quieran trabajar en el área de la fenomenología para adquirir habilidades a través de asociaciones de coproducción.

Paralelamente a este prolongado interés por la tradición fenomenológica, he tenido la suerte de trabajar también de un modo más “analítico”, con un interés particular por la naturaleza de los delirios⁴. La definición de delirio ha sido un área de intenso debate para la filosofía de la psiquiatría. Influenciada por Wittgenstein, Davidson, Dennett, McDowell y otros, la filosofía analítica proporciona herramientas útiles para pensar sobre la racionalidad. De ahí que entre en conversación con la idea de Jaspers de la naturaleza “incomprensible” de los delirios primarios “verdaderos”, y el interés clínico y empírico en cómo se desarrolla la psicosis y en los modelos continuos.

La exploración de la distinción entre racionalidad e irracionalidad, entre delirio y creencias inusuales, enlaza con una cuestión más amplia de la filosofía de la psiquiatría, que se remonta a la crítica de Minkowski a Jaspers, a saber, que los síntomas y signos de la psicopatología no son delimitados y “atomísticos”, sino que forman un todo coherente y significativo que sustenta toda nuestra experiencia.

Una futura área de investigación potencialmente fértil sería intentar trazar hasta qué punto la forma en que estructuramos y categorizamos la psicopatología depende de ideas históricas previas de la psicología de la facultad, que tal vez ahora ya no sean viables. Como ejemplo de este enfoque, junto con Humpston y Brooker⁵⁻⁷, hemos cuestionado la distinción tradicional entre experiencias de pasividad, como la inserción del pensamiento, y las alucinaciones verbales auditivas, y hemos demostrado que la psiquiatría informática puede proporcionar un medio para demostrar empíricamente cómo los síntomas se cohesionan experiencialmente.

El último tema que me gustaría tratar en mi reflexión sobre el documento de Stein et al vuelve a las ideas de política y ética y de la experiencia vivida, a saber, la injusticia epistémica. La injusticia epistémica es un término acuñado por la filósofa M. Fricker, que surgió de la teoría feminista. Se refiere a la falta de justicia experimentada por una persona cuando su capacidad como conocedora se descarta debido a factores no epistémicos (por ejemplo, género, etnia, edad). A menudo se denomina “injusticia testimonial”, y en la literatura se acompaña de la idea de “injusticia hermenéutica”, por la que las personas carecen injustamente de los conceptos para describir su experiencia y compartir ese conocimiento.

La injusticia epistémica proporciona un rico conjunto de herramientas conceptuales para ayudarnos, como filósofos de la psiquiatría y profesionales, a entender por qué las voces de aquellos sujetos a la marginación interseccional son silenciadas⁸ y, lo que es más importante, las formas de mejorar esto, fomentando la capacidad de las personas para ser conocedoras activas y valoradas en sus interacciones y para maximizar su capacidad de acción en las consultas clínicas⁹. Nos hemos acercado a esta área de la filosofía mediante el estudio de encuentros terapéuticos reales y la experiencia de jóvenes con problemas de salud mental, y con trabajos que abarcan una serie de áreas de la atención sanitaria, con importantes implicaciones para la formación y educación de los clínicos.

Mi opinión es que la filosofía es un aliado esencial para el estudio y la práctica de la psiquiatría. A medida que nos acercamos al final del primer cuarto del siglo XXI, podemos constatar que las esperanzas de una psiquiatría simplemente biológica, “neokraepeliniana”, tiene pocas probabilidades de hacerse realidad, y que el sufrimiento y la angustia causados por las enfermedades mentales persisten. La filosofía aporta claridad conceptual, un cuestionamiento riguroso y una expansión de la imaginación teórica que pueden ayudar a abordar el complejo conjunto de problemas que conlleva la enfermedad mental, en que nosotros, como campo, hemos progresado, y que Stein et al detallan y, en su artículo, hacen avanzar aún más en nuestras respuestas.

Matthew R. Broome

Institute for Mental Health, University of Birmingham, Birmingham, UK

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Spencer L, Broome M. *Child Adolesc Ment Health* 2023;28:344-6.
3. Ritunnano R, Stanghellini G, Broome MR. *World Psychiatry* 2021;20:304.
4. Bortolotti L, Broome MR. *Philos Psychol* 2008;21:821-41.
5. Humpston CS, Broome MR. *Rev Philos Psychol* 2016;7:611-29.
6. Humpston CS, Broome MR. *Lancet Psychiatry* 2020;7:638-46.
7. Brooker MD, Broome MR. *Phenom Cogn Sci* 2023; doi:10.1007/s11097-023-09895-1.
8. Houlders JW, Bortolotti L, Broome MR. *Synthese* 2021;199:7689-704.
9. Bergen C, Bortolotti L, Tallent K et al. *Theory Psychol* 2022;32:667-90.

DOI:10.1002/wps.21202

(Broome MR. *Phenomenology, delusions and justice*. *World Psychiatry* 2024;23:239-240)

La filosofía de la psiquiatría como estudio de los cambios de paradigma

La filosofía de la psiquiatría aborda muchos temas conceptuales de la psiquiatría que se encuentran en la frontera entre la filosofía, la ciencia, la cultura y la práctica clínica. Stein et al han elaborado una excelente revisión crítica de muchos de estos temas y de los principales enfoques sobre ellos¹. Además, la filosofía siempre se tiene a sí misma como tema de investigación: es eminentemente autorreflexiva. Aquí haré algunas observaciones sobre qué es la filosofía de la psiquiatría.

En pocas palabras, la filosofía estudia cuestiones conceptuales, pero ¿cuáles son? Aunque existe una larga tradición de suponer que los conceptos son atemporales e inmutables, lo que se manifiesta en algunas posiciones de la filosofía de la psiquiatría, la tendencia general de la filosofía del siglo XX ha sido considerar que los conceptos están integrados en sistemas simbólicos y prácticas que varían de una época a otra y de un lugar a otro.

Un ejemplo, al que Stein et al se refieren varias veces, es la filosofía de la ciencia de Kuhn. La ciencia experimenta revoluciones ocasionales en su teoría fundamental, los llamados cambios de paradigma, cuando los viejos supuestos resultan inadecuados para nuevos problemas o descubrimientos importantes y son sustituidos por nuevos tipos de ciencia. Estos cambios van seguidos de periodos de “ciencia normal”, en los que se analiza el significado e implicaciones de las nuevas teorías, metodologías y datos².

Los cambios de paradigma tienen especial interés para la psiquiatría y la atención sanitaria en general a nivel de sus ciencias básicas de biología y psicología. Las revoluciones generalmente reconocidas en estas ciencias se produjeron en la segunda mitad del siglo XX: la revolución genética/información en biología³, y la asociada revolución cognitiva/información en psicología⁴. Desde entonces, la ciencia normal dentro de los nuevos paradigmas ha avanzado a buen ritmo, con exploraciones y desarrollos en curso como la epigenética y la cognición encarnada, tal y como analizan Stein et al.

Los nuevos paradigmas suelen dar paso a una nueva ontología, que se funde en la materia tradicional de la filosofía como metafísica. Los cambios de paradigma anteriormente mencionados en las ciencias básicas de la psiquiatría hacen exactamente esto. En biología, la visión dominante del siglo XIX de que los procesos fisiológicos eran (nada más) que física y química fue sustituida por un nuevo tipo de ontología que implica codificación, información, señalización y mecanismos reguladores³. En psicología, la antigua influencia del dualismo, que sostenía que los procesos mentales no podían afectar al cuerpo ni al comportamiento, dio paso a una nueva conceptualización de los procesos cognitivos como implicados en la regulación del comportamiento⁴.

La aparición de la neurociencia cognitiva estaba garantizada en ambos sentidos. En primer lugar, como sistema biológico similar a cualquier otro, el sistema nervioso central tiene el doble aspecto de la física y química combinadas con la nueva ciencia del procesamiento de la información. En segundo lugar, tiene la función cognitiva particular de regular el comportamiento en el entorno. El concepto de información ha sido fundamental en este cambio de paradigma, al reconocerse cada vez más que la información no es una representación de estados de cosas ya hechos, sino que se selecciona, procesa y utiliza de formas que dependen en gran medida de las necesidades y objetivos del ser vivo.

El estatus ontológico de la información como cognición es uno de los temas que se están tratando actualmente bajo el epígrafe de

“cognición encarnada”, tal y como analizan Stein et al, que ilustra lo que ya se ha dicho antes: que las revoluciones científicas van seguidas de periodos de ciencia normal en que se elaboran las interpretaciones y consecuencias de las nuevas teorías y descubrimientos dentro del nuevo paradigma.

Los cambios de paradigma interconectados en biología y psicología en las últimas décadas tienen importantes implicaciones para las ciencias de la salud. Un ejemplo es la deconstrucción de varios apoyos a priori interconectados del reduccionismo. Además de los intercambios y transformaciones de energía cubiertos por leyes físico-químicas fijas, los nuevos paradigmas postulan mecanismos de señalización frágiles y específicos de cada sistema que desempeñan papeles causales fundamentales en la regulación de la física y la química y otros aspectos de la función y comportamiento del organismo.

Esta nueva ontología y teoría de la causalidad como regulación elimina la base de las presuntas reducciones de la psicología a la biología, y de la biología a la física y la química. La física y la química no se descomponen. Por tanto, la antigua teoría, que las consideraba ciencias básicas, nunca fue útil para conceptualizar (y mucho menos para explicar) el colapso o, en general, la diferencia entre salud y enfermedad, o vida y muerte. Los mecanismos reguladores, por el contrario, pueden fallar, lo hacen a menudo y, eventualmente, lo hacen siempre.

Otro aspecto importante e interrelacionado de los nuevos paradigmas es la dependencia del funcionamiento biológico y psicológico del entorno. Para los seres sociales, el entorno social, incluido el estatus social, tiene una gran influencia en la regulación del acceso a los recursos necesarios para el funcionamiento biológico y psicológico⁵. Stein et al destacan en varias ocasiones la importancia de la variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en la salud y la enfermedad, al tiempo que señalan que el modelo biopsicosocial ha sido criticado por no ser capaz de ofrecer contenidos específicos, conceptualizar las interacciones causales entre dominios y resolver preguntas de selección causal^{6,7}.

Las declaraciones de posiciones filosóficas, y las comparaciones y contrastes entre ellas, se simplifican típica y quizás inevitablemente mediante el uso de denominaciones y afirmaciones breves. La filosofía de la psiquiatría, al igual que otras especialidades filosóficas, está repleta de este tipo de abreviaturas: nombres de modelos generales, como “biopsicosocial” y el contrastado “biomédico”; afirmaciones o expresiones breves como “los trastornos mentales son de tipo biológico”, o “los trastornos mentales son trastornos cerebrales”; y abreviaturas que utilizan términos del arte filosófico, a menudo *-ismos*, como “pluralismo”, “naturalismo” y “normativismo”. Aunque estos nombres y abreviaturas tienen cierta utilidad, y probablemente sean inevitables en los debates filosóficos, no aclaran cuestiones fundamentales de ontología, causalidad y método del tipo que se vuelve explícito en los cambios de paradigma, cuando los viejos supuestos ya no funcionan y se necesitan otros nuevos.

Algunos cambios de paradigma en la atención sanitaria implican una cultura más amplia que la ciencia concebida de forma más estrecha. Un ejemplo es el cambio que se ha producido en las últimas décadas, en las que los médicos han pasado de tener la autoridad exclusiva sobre el diagnóstico de trastornos a que la comunidad en general reclame el reconocimiento del derecho

a interpretarse a sí misma y sus valores. Un momento clave fue la exitosa presión ejercida por la comunidad gay en la década de 1970 para eliminar la homosexualidad del DSM⁸. Es plausible que este cambio se debiera más a los movimientos sociales emancipadores generales de la época que al descubrimiento científico. Sin embargo, la cultura y la ciencia en general interactúan, o siguen vías complementarias en un momento dado. La reivindicación de la capacidad de acción (agencia) por parte de la comunidad gay en la década de 1970 coincidió en el tiempo con la teorización de la agencia personal en la ciencia psicológica.

A medida que la revolución cognitiva de la psicología se extendió por sus áreas de especialidad, constructos a nivel de persona como las valoraciones y la agencia percibida aparecieron en nuevos modelos explicativos causales del comportamiento y el bienestar⁹. Conforme se despliegan las implicaciones de las nuevas construcciones teóricas, los conceptos de agencia personal y afines como el de autonomía son cada vez más reconocidos como importantes por la filosofía de la psiquiatría, como señalan Stein et al, con implicaciones en la clínica y en la salud pública^{5,6}.

Derek Bolton

Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
3. Mayr E. *The growth of biological thought*. Cambridge: Harvard University Press, 1982.
4. Miller GA. *Trends Cogn Sci* 2003;7:141-4.
5. Marmot M. *JAMA* 2006;295:1304-7.
6. Bolton D, Gillett G. *The biopsychosocial model of health and disease: new philosophical and scientific developments*. London: Palgrave Macmillan, 2019.
7. Bolton D. *Eur J Anal Philos* 2021;17:5-26.
8. Spitzer RL, Williams JB. In: Grove W (ed). *Deviance and mental illness*. Beverly Hills: Sage, 1982:15-31.
9. Bandura A. *Am Psychol* 1982;37:122-47.

DOI:10.1002/wps.21201

(Bolton D. *Philosophy of psychiatry as study of paradigm changes*. *World Psychiatry* 2024;23:241-242)

Ratones alucinantes, psicoterapia en el cerebro y psiquiatría informatizada: el futuro de la psiquiatría es ahora

Stein et al¹ ofrecen una visión general fundamentada filosóficamente de las bases conceptuales de la psiquiatría, desde su base en la psicopatología a sus aplicaciones en la práctica clínica. Destacan: a) la importancia de los hechos y valores en la atención de salud; b) la necesidad de adoptar un enfoque pluralista de la ciencia, en lo que respecta a la ontología, explicación y valores; y c) la utilidad de la “cognición encarnada” como concepto integrador en la teoría y en la práctica clínica. He trabajado como psiquiatra clínico durante más de 40 años, con un enfoque de investigación en la neurociencia de sistemas durante los últimos 30 años, y aplaudo sus reflexiones sobre los fundamentos del campo. A continuación, solo quiero añadir algunas consideraciones desde mi perspectiva personal y científica.

Apoyo sin reservas los puntos a) y c) de Stein et al. A quienes sostienen que la medicina es ciencia, y que la ciencia (por definición) solo trata de hechos, hay que recordarles que los términos “dolor”, “sufrimiento”, “dolencia” y “enfermedad” implican una valoración negativa; es decir, no pueden ser entendidos por nadie que no comprenda lo que significan afirmaciones como “no me gusta x”, o “estoy tan feliz por y”. Junto con la finitud espacial y temporal de nuestras mentes como mentes encarnadas, la alegría y el dolor nos dan agencia y propósito, y nos permiten —como los primates más sociales que ha dado la evolución— luchar por mejorar nuestras vidas. En caso de éxito, los psiquiatras rara vez son necesarios; el fracaso, en cambio, nos llama a nosotros.

En cuanto al punto b), quiero proponer algunas consideraciones. En lugar de un enfoque pluralista, me gustaría hablar de un enfoque multimodal con respecto a la ciencia (ontología y explicación), y de un enfoque abierto y tolerante cuando se trata de diferencias culturales. Voy a explicarme. No hay ciencia británica, china, francesa, san o papú; solo hay ciencia. En sus conexiones empíricas con la realidad, la ciencia siempre ha ido cambiando, y las batallas entre diferentes escuelas de pensamiento han sido una gran parte de su historia. Sin embargo, la ciencia es notablemente estable en su núcleo teórico interno. La teoría de conjuntos, la física newtoniana, einsteiniana y cuántica, el sistema periódico, la evolución, la

genética, etc. han crecido de forma incremental y han producido un enorme conjunto de conocimientos. Es difícil imaginar qué “hecho feo” tendría fuerza/peso epistémico para contradecir cualquiera de los planteamientos que acabamos de mencionar. Por supuesto, siempre ha habido (y siempre habrá) declaraciones cuestionadas por el progreso científico. Pero, cuanto más nos acercamos desde las conexiones empíricas de la ciencia con la realidad hasta su núcleo interno, menor es la probabilidad de duda.

A continuación, quiero ejemplificar un enfoque multimodal de la psicopatología y la psiquiatría refiriéndome brevemente a tres dominios de investigación recientes: a) los modelos de ratón de diversas formas de psicopatología que permiten establecer la causalidad entre los estados cerebrales y los estados de ánimo; b) los conceptos de neuromodulación (mediante pequeñas moléculas, como la dopamina, acetilcolina, norepinefrina, serotonina y muchas otras) y neuroplasticidad (desde el nivel sináptico al cortical); y c) la psiquiatría informatizada como parte de la investigación sobre inteligencia artificial.

Durante la mayor parte de mi carrera, no podrían haberme importado menos los modelos de ratón en medicina, especialmente en psiquiatría. Funcionaban para probar nuevos fármacos (aunque la mayor parte de nuestro arsenal se descubrió por casualidad) y proporcionaban algunas ideas bastante limitadas sobre sus mecanismos de acción. Sin embargo, los modelos de ratón parecían inútiles para comprender los síntomas centrales de la psicosis (alucinaciones, delirios y trastornos formales del pensamiento) así como para proporcionar información sobre las interacciones entre los genes y el complejo entorno humano. Esto ha cambiado por completo en los últimos cinco años. Daré algunos ejemplos.

La desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) es una forma de psicoterapia utilizada para tratar el trastorno de estrés postraumático (TEPT) con estimulación sensorial bilateral alternante (ABS). Para estudiar su mecanismo de acción, se implementó un modelo de ratón que permitía la inducción del miedo condicionado, su extinción, y monitorizar la influencia de la ABS en la extinción. En conjunto con la ABS, la extinción fue

más pronunciada y duró más tiempo. Una vez establecido esto, se pudo elaborar una vía neuronal (desde el colículo superior a través del tálamo mediodorsal) que suprimía la actividad de las células que codifican el miedo en la amígdala basolateral, mediando la atenuación persistente del miedo. “En conjunto, estos resultados revelan el circuito neuronal que subyace a una estrategia eficaz para atenuar de forma sostenible los recuerdos traumáticos”².

Para estudiar las alucinaciones auditivas en un modelo de ratón³, hubo que entrenar a los ratones para que alucinaran, es decir, en primer lugar, para que percibieran un estímulo destacado (un tono) dentro de ruido aleatorio (percepción falsa) y, en segundo lugar, para que tomaran esta percepción más o menos por real (verificación de la realidad). Ambas respuestas podían inducirse de forma fiable. Mediante métodos optogenéticos y quimiogenéticos, se descubrió una vía neuronal, con niveles elevados de dopamina en el área tegmental ventral y el cuerpo estriado, donde distintas subregiones codifican diferentes tipos de expectativas. “Estos hallazgos apoyan la idea de que las alucinaciones surgen... debido a que la dopamina elevada produce un sesgo a favor de las expectativas previas en contra de la evidencia sensorial actual”³.

El término “disociación” designa un amplio espectro de estados que involucran la percepción, el pensamiento, la conciencia y la experiencia del tiempo, el espacio, la realidad y el yo. En un modelo de ratón sobre los efectos de fármacos que producen de forma fiable un estado disociativo, se descubrió que una oscilación rítmica muy específica en la capa 5 de la corteza retrosplenial era necesaria y suficiente para este estado. Además, en un paciente con epilepsia, se encontró una oscilación similar en un área cerebral correspondiente durante el aura disociativa⁴. Este hallazgo catapultó un concepto mal definido, poco comprendido y frecuentemente utilizado desde el siglo XIX hasta el siglo XXI.

Dentro de un periodo evolutivo en el desarrollo del cerebro del ratón (días 2-9), la adversidad (análogos murinos a la pobreza, la inmigración, el abandono y el abuso humanos) establece un circuito que conduce a una disfunción conductual en la edad adulta (disminución de la sensibilidad a la recompensa), muy similar al TEPT humano⁵.

Es importante darse cuenta de que los modelos optogenéticos permiten, por primera vez, establecer la causalidad –y no la mera correlación– en el ámbito de mente y cerebro. Por lo tanto, este método debería ser muy fructífero en el futuro próximo de la psicopatología.

Los conceptos de neuromodulación y neuroplasticidad permiten explicaciones parsimoniosas basadas en la neurociencia de una amplia gama de fenómenos mentales, como estados mentales agudos (inducidos por agentes neuromoduladores aumentados, disminuidos o desregulados), así como cambios mentales a largo plazo (“crónicos”) causados por la plasticidad sináptica. En el modelo del ratón, los cambios neuromoduladores (aumento de dopamina en el área tegmental ventral) provocan alucinaciones auditivas, que pueden tratarse fácilmente con antagonistas de la dopamina (en ratones y pacientes agudamente enfermos). Una vez que estas experiencias se afianzan por la plasticidad sináptica, dependen menos de la hiperactividad dopaminérgica y, por tanto, son menos tratables con agentes antipsicóticos^{6,7}.

Por último, las redes neuronales empezaron a ser utilizadas en modelos informáticos de fenómenos mentales a finales de los años 80 y 90 por algunos psiquiatras⁶⁻⁸. Aunque esperábamos que la psiquiatría informatizada acabaría eventualmente despegando, ninguno de nosotros habría imaginado que esta nueva forma de inteligencia artificial se aplicaría a cualquier cosa, desde descifrar la escritura cuneiforme hasta el plegamiento de proteínas, diseño de fármacos, predicción meteorológica, así como el diseño de hardware y software de última generación⁹. La inteligencia artificial no solo va a cambiar la psiquiatría, sino que va a cambiar el mundo, como lo hizo la invención de la escritura, la imprenta o internet.

Manfred Spitzer

Department of Psychiatry, University of Ulm, Ulm, Germany

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Baek J, Lee S, Cho T et al. *Nature* 2019;566:339-43.
3. Schmack K, Bosc M, Ott T et al. *Science* 2021;372:eabf4740.
4. Vesuna S, Kauvar IV, Richman E et al. *Nature* 2020;586:87-94.
5. Birnie MT, Short AK, de Carvalho GB. *Nat Commun* 2023;14:1088.
6. Hoffman RE. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:178-88.
7. Servan-Schreiber D, Printz H, Cohen JD. *Science* 1990;249:892-5.
8. Spitzer M. *Compr Psychiatry* 1995;36:83-105.
9. Spitzer M. *Künstliche Intelligenz*. Munich: Droemer, 2023.

DOI:10.1002/wps.21198

(Spitzer M. *Hallucinating mice, psychotherapy in the brain, and computational psychiatry: the future of psychiatry is now. World Psychiatry* 2024;23:242–243)

Impacto de la contaminación atmosférica y del cambio climático en los resultados de salud mental: una revisión general de la evidencia global

Joaquim Radua^{1,3}, Michele De Prisco^{1,4}, Vincenzo Oliva^{1,2,4}, Giovanna Fico^{1,2,4}, Eduard Vieta^{1,4}, Paolo Fusar-Poli⁵⁻⁸

¹Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España; ²Departamento de Medicina, Instituto de Neurociencia, Universidad de Barcelona, Barcelona, España; ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España; ⁴Unidad de Trastornos Bipolares y Depresivos, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España; ⁵Early Psychosis: Interventions and Clinical-detection (EPIC) Lab, Department of Psychosis Studies, King's College London, London, UK; ⁶Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, Pavia, Italy; ⁷Outreach and Support in South-London (OASIS) Service, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ⁸Department of Psychiatry and Psychotherapy, Ludwig-Maximilian-University Munich, Munich, Germany

El impacto de la contaminación atmosférica y del cambio climático en la salud mental ha suscitado recientemente una gran preocupación. Sin embargo, se carece de una visión general exhaustiva que analice la evidencia existente al tiempo que aborde los sesgos relevantes. En esta revisión general se buscó sistemáticamente en las bases de datos PubMed/Medline, Scopus y PsycINFO (hasta el 26 de junio de 2023) cualquier revisión sistemática con metaanálisis que investigara la asociación de la contaminación del aire o el cambio climático con resultados de salud mental. Se utilizó el paquete R metaumbrella para calcular y estratificar la credibilidad de la evidencia según criterios (es decir, convincente, altamente sugestiva, sugestiva o débil) que abordan varios sesgos, complementados con análisis de sensibilidad. Se incluyeron 32 revisiones sistemáticas con metaanálisis que examinaron 284 estudios individuales y 237 asociaciones de exposiciones a la contaminación atmosférica o peligros del cambio climático y los resultados de salud mental. La mayoría de las asociaciones ($n=195$; 82,3%) se refería a la contaminación atmosférica, mientras que el resto ($n=42$; 17,7%) se refería a los peligros del cambio climático (centrándose principalmente en la temperatura: $n=35$; 14,8%). Los resultados sobre salud mental en la mayoría de las asociaciones ($n=185$; 78,1%) involucraron trastornos mentales, seguidos de conductas suicidas ($n=29$; 12,4%), acceso a servicios de salud mental ($n=9$; 3,7%), sintomatología relacionada con trastornos mentales ($n=8$; 3,3%) y múltiples categorías conjuntas ($n=6$; 2,5%). Doce asociaciones (5,0%) alcanzaron evidencia convincente (clase I) o altamente sugestiva (clase II). En cuanto a la exposición a la contaminación atmosférica, hubo evidencia convincente (clase I) de la asociación entre la exposición a largo plazo a disolventes y mayor incidencia de demencia o deterioro cognitivo (odds ratio, $OR=1,139$), y evidencia altamente sugestiva (clase II) de la asociación entre la exposición a largo plazo a algunos contaminantes y mayor riesgo de trastornos cognitivos (mayor incidencia de demencia con niveles altos vs. niveles bajos de monóxido de carbono, CO: $OR=1,587$; mayor incidencia de demencia vascular por cada aumento de $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de óxidos de nitrógeno, NO_x : hazard ratio, $HR=1,004$). También hubo evidencia altamente sugestiva (clase II) de la asociación entre la exposición a partículas en suspensión en el aire con diámetro $\leq 10 \mu\text{m}$ (PM_{10}) durante el segundo trimestre del embarazo y la incidencia de depresión posparto ($OR=1,023$ por $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de aumento); y para la asociación entre la exposición a corto plazo al dióxido de azufre (SO_2) y la recaída en la esquizofrenia (riesgo relativo, $RR=1,005$ y $1,004$ por $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de aumento, respectivamente, 5 y 7 días después de la exposición). En cuanto a los peligros del cambio climático, hubo evidencia altamente sugestiva (clase II) de la asociación entre la exposición a corto plazo a temperaturas elevadas y la mortalidad relacionada con el suicidio o los trastornos mentales ($RR=1,024$), el comportamiento suicida ($RR=1,012$) y el acceso al hospital (es decir, hospitalización o visitas del paciente al área de urgencias) debido a conducta suicida o trastornos mentales ($RR=1,011$) o solo trastornos mentales ($RR=1,009$) (valores RR por cada aumento de 1°C). También hubo evidencia altamente sugestiva (clase II) de la asociación entre la exposición a corto plazo al aumento de la sensación térmica (es decir, el equivalente de temperatura percibido por los seres humanos) y el comportamiento suicida ($RR=1,01$ por cada aumento de 1°C). Por último, hubo evidencia altamente sugestiva (clase II) de la asociación entre la proximidad temporal de la exposición a un ciclón y la gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático ($r=0,275$). Si bien la mayoría de las asociaciones mencionadas fueron de pequeña magnitud, se extienden a toda la población mundial y, por tanto, es probable que tengan un impacto sustancial. Esta revisión general clasifica y cuantifica por primera vez los impactos negativos globales que la contaminación atmosférica y el cambio climático pueden ejercer sobre la salud mental, identificando objetivos basados en la evidencia que pueden servir de base para futuras investigaciones y acciones de salud en la población.

Palabras clave: Contaminación atmosférica, cambio climático, salud mental, temperatura, demencia, trastornos cognitivos, depresión posparto, suicidio, esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático.

(Radua J, De Prisco M, Oliva V, Fico G, Vieta E, Fusar-Poli P. Impact of air pollution and climate change on mental health outcomes: an umbrella review of global evidence. *World Psychiatry* 2024;23:244–256)

La contaminación atmosférica, el aumento de las temperaturas y los cambios extremos en los patrones meteorológicos representan elementos entrelazados de una grave crisis global destinada a empeorar si no se actúa de forma rápida y radical^{1,2}. Suponen una importante amenaza para la salud física, ya que aumentan el riesgo y/o agravan diversas enfermedades, como las infecciosas, alérgicas, metabólicas, neoplásicas, respiratorias y cardiovasculares³.

También influyen en la salud mental, aunque esta relación solo ha recibido atención en los últimos años⁴. Por ejemplo, la exposición a la contaminación atmosférica se ha asociado a un mayor riesgo de trastornos cognitivos⁵, y se ha descubierto que el aumento de la temperatura está relacionado con un mayor riesgo de suicidio⁶. Los fenómenos meteorológicos extremos, como ciclones, inundaciones o incendios forestales, pueden fomentar experien-

cias traumáticas que llevan a un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en las poblaciones expuestas⁷.

Aunque estas exposiciones medioambientales pueden afectar directamente a la salud mental de las personas, también parecen ejercer influencias indirectas. Por ejemplo, el cambio climático puede afectar a la estabilidad económica, seguridad alimentaria, bienestar de la comunidad y salud física, o acelerar la migración y los conflictos, que son en sí mismos factores clave de la salud mental^{8,9}.

Los impactos directos e indirectos de los cambios medioambientales en la salud mental son tan preocupantes, sobre todo para las generaciones jóvenes, que se han acuñado nuevas palabras: *solastalgia* (es decir, angustia causada por la transformación y degradación del entorno doméstico)¹⁰, *duelo ecológico* (es decir,

duelo por la pérdida ecológica)¹¹, y *ecoansiedad* (es decir, ansiedad relacionada con un entorno cambiante e incierto)¹².

A nivel científico, las asociaciones entre estas exposiciones ambientales y los resultados de salud mental se han abordado ampliamente, dando lugar a un número exponencial de publicaciones y, finalmente, a varias revisiones sistemáticas^{p.ej.,5,6,13}. Sin embargo, los resultados de los estudios primarios suelen ser contradictorios. Por ejemplo, en un estudio¹⁴ se halló una asociación significativa entre la exposición a largo plazo a partículas en suspensión en el aire (PM) y el diagnóstico de depresión, mientras que otro estudio¹⁵ no detectó esta asociación utilizando una muestra mucho mayor. De manera similar, aunque se ha informado de que la exposición a corto plazo a un aumento de la temperatura eleva la mortalidad relacionada con el suicidio¹⁶, esta asociación no se replicó en otro estudio¹⁷. Inconsistencias similares se dan incluso entre diferentes revisiones sistemáticas con metaanálisis. Por ejemplo, mientras que una revisión sistemática con metaanálisis no identificó una asociación general entre la exposición a PM $\leq 2,5 \mu\text{m}$ de diámetro (PM_{2,5}) y la depresión¹⁸, otra la confirmó¹³.

Estos resultados contrastados pueden deberse en parte a los diferentes tamaños de las muestras¹⁹, efectos de estudios pequeños, sesgos de notificación, gran heterogeneidad, y a la definición y medición inconsistentes de las exposiciones relevantes. En este contexto, la existencia, dirección y magnitud de asociaciones entre estas exposiciones ambientales y los resultados de salud mental siguen siendo inciertas. El nivel de evidencia resultante, poco claro, y la falta de objetivos fiables obstaculizan futuras investigaciones e impiden la adopción de medidas de salud poblacional dirigidas a mitigar el impacto de estas exposiciones sobre la salud mental.

El presente trabajo tiene como objetivo llenar estos vacíos proporcionando una revisión general exhaustiva para examinar y clasificar sistemáticamente la evidencia que asocia la contaminación atmosférica y el cambio climático con resultados de salud mental a escala mundial. Para ello, se llevó a cabo una estandarización de las unidades de medida y se utilizó el paquete R *metaumbrella* para calcular y estratificar la credibilidad de la evidencia científica según criterios que abordan varios sesgos.

La clasificación basada en la evidencia que ofrece esta revisión general tiene como fin respaldar recomendaciones sólidas para la próxima generación de investigaciones y enfoques a nivel poblacional que aborden el impacto de la contaminación atmosférica y el cambio climático en la salud mental.

MÉTODOS

La presente revisión general se realizó de acuerdo con los Elementos de Informes Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRISMA)²⁰, y se preregistró su protocolo en https://osf.io/rqjdp/?view_only=d60ab9238c714014ae148acde5e55ad2.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas sistemáticas en las bases de datos PubMed/Medline, Scopus y PsycINFO desde el inicio hasta el 26 de junio de 2023. La estrategia de búsqueda incluyó términos relacionados con la contaminación atmosférica y el cambio climático y con los resultados de salud mental (ver información complemen-

taria). Se realizaron búsquedas manuales en las referencias de cada revisión incluida, libros de texto y otros materiales para identificar posibles revisiones sistemáticas adicionales con metaanálisis no capturados por la cadena de búsqueda original.

Exposiciones y resultados

La contaminación atmosférica y el cambio climático se operacionalizaron de forma pragmática según las definiciones proporcionadas en cada revisión sistemática con metaanálisis. Se refirieron a la población general, a menos que se aplicaran específicamente (p. ej., contaminación atmosférica durante el embarazo).

Los resultados de salud mental incluyeron: a) trastornos mentales agrupados en los bloques diagnósticos de la CIE-10: trastornos mentales orgánicos; trastornos mentales y conductuales por consumo de sustancias psicoactivas; esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes; trastornos del estado de ánimo (afectivos); trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos; síndromes conductuales asociados a alteraciones psicológicas y factores físicos; trastornos de la personalidad y el comportamiento del adulto; retraso mental; trastornos del desarrollo psicológico; y trastornos emocionales y del comportamiento con inicio generalmente en la infancia y adolescencia; b) sintomatología relacionada con los trastornos mentales (p. ej., síntomas o manifestaciones asociados a un trastorno mental, como síntomas depresivos o de ansiedad); c) comportamiento suicida; d) acceso a los servicios de salud mental.

Criterios de inclusión y exclusión

Se consideró elegible para su inclusión cualquier revisión sistemática con metaanálisis que incluyera estudios observacionales (tanto transversales como longitudinales), que: a) investigaran la asociación de la contaminación atmosférica o el cambio climático, o ambos, con cualquier resultado de salud mental (según la definición anterior); y b) compararan poblaciones expuestas vs. no expuestas, o poblaciones con diferentes niveles de exposición. Cada asociación debía basarse en al menos dos estudios individuales para poder ser incluida. Se excluyeron: a) todas las publicaciones que no fueran revisiones sistemáticas con metaanálisis, incluidas revisiones sistemáticas sin metaanálisis y metaanálisis que no siguieran un procedimiento de búsqueda sistemática; b) revisiones sistemáticas con metaanálisis que solo incluyeran estudios intervencionistas; c) revisiones sistemáticas con metaanálisis que solo incluyeran estudios que proporcionaran datos de prevalencia en un único grupo; d) revisiones sistemáticas con metaanálisis que solo incluyeran estudios pre-post; e) revisiones sistemáticas con metaanálisis que no estuvieran relacionadas con nuestra pregunta de investigación; f) literatura gris (es decir, publicaciones que no se hubieran sometido a un proceso de revisión por pares), f) literatura gris (es decir, publicaciones que no se sometieron a un proceso de revisión por pares, como tesis doctorales y resúmenes de congresos); g) revisiones sistemáticas con metaanálisis que se retractaron tras su publicación; h) revisiones sistemáticas con metaanálisis que informaban de las mismas asociaciones que otras revisiones sistemáticas con metaanálisis más exhaustivas o recientes; i) revisiones sistemáticas con metaanálisis que no proporcionaban datos suficientes para llevar a cabo la revisión general.

Selección de revisiones sistemáticas con metaanálisis y extracción de datos

Tres autores (MDP, VO, GF) evaluaron de forma independiente las revisiones sistemáticas con metaanálisis de posible interés a nivel de título, resumen y texto completo. Cualquier desacuerdo se resolvió por consenso, y se consultó a otro autor (JR, PFP) cuando no se pudo llegar a un acuerdo. Los mismos tres autores extrajeron de forma independiente la información de las revisiones incluidas.

En una única revisión sistemática con nivel de metaanálisis, se registró el primer autor, año de publicación, número de estudios individuales incluidos, tipo de exposición, tipo de resultado de salud mental y tipo de magnitud de efecto considerada, es decir, odds ratio (OR), hazard ratio (HR) o risk ratio (RR). Para las exposiciones dependientes del tiempo (es decir, a largo y corto plazo), se registró el marco temporal considerado para cada asociación específica. Se consideraron exposiciones a largo plazo las que duraban meses o años, mientras que las exposiciones a corto plazo fueron aquellas que duraron días o semanas (generalmente menos de 30 días).

A nivel de estudio individual, se registró el primer autor, año de publicación, diseño del estudio, cualquier medida útil para calcular la magnitud de efecto y dependencias en los datos (múltiples resultados del mismo grupo o múltiples grupos en un estudio).

Calidad de la evidencia

Se utilizó la Herramienta de Medición para Evaluar Revisiones Sistemáticas (AMSTAR-2)²¹ para evaluar la calidad de las revisiones sistemáticas con metaanálisis incluidas. Se clasificó la calidad metodológica como “alta” (ninguna debilidad crítica y no más de una debilidad no crítica); “moderada” (ninguna debilidad crítica pero más de una debilidad no crítica); “baja” (una debilidad crítica); y “críticamente baja” (más de una debilidad crítica)²¹.

Análisis estadístico

Durante la fase inicial de recopilación de datos, observamos que las revisiones sistemáticas con metaanálisis incluidas investigaban las asociaciones entre las exposiciones a la contaminación atmosférica o al cambio climático y los resultados de salud mental de forma continua (p. ej., aumentos de la mortalidad por suicidio por cada aumento de 5°C en la temperatura) o binaria (p. ej., diferencias en la incidencia de demencia entre individuos muy expuestos y poco o nada expuestos a disolventes). Las revisiones sistemáticas con metaanálisis que investigaban asociaciones continuas eran heterogéneas en cuanto a los intervalos de exposición utilizados para informar de los resultados. Para superar este problema, convertimos todos los intervalos a una unidad en el Sistema Internacional de Unidades (p. ej., cambio por aumento de 1°C o cambio por aumento de 1 µg/m³). Esto se realizó dividiendo el logaritmo del RR o OR por el número de unidades del sistema internacional²². Cuando en una revisión se analizaron conjuntamente datos continuos y binarios, se metaanalizaron los estudios individuales que proporcionaban datos continuos por separado de los que proporcionaban datos binarios.

Evaluamos la credibilidad de las asociaciones según criterios internacionales reconocidos²³⁻²⁶. En concreto, clasificamos cada asociación como convincente (clase I), altamente sugestiva (clase II), sugestiva (clase III) o débil (clase IV). Si una asociación no era sig-

nificativa, la clasificamos como tal. La clase I requiere más de 1.000 casos, $p < 10^{-6}$, ninguna evidencia de efectos de estudios pequeños o exceso de sesgo de significación, intervalo de predicción que no incluya el valor nulo, el estudio más grande nominalmente significativo y ausencia de gran heterogeneidad (es decir, $I^2 < 50\%$). La clase II requiere más de 1.000 casos, $p < 10^{-6}$, y el estudio más grande nominalmente significativo. La clase III requiere más de 1.000 casos y $p < 10^{-3}$. La clase IV solo requiere $p < 0,05$.

Realizamos un análisis de sensibilidad que incluía solo estudios longitudinales, para probar el impacto del diseño del estudio en los resultados y garantizar que, en las asociaciones, las exposiciones a la contaminación atmosférica y al cambio climático precedían de forma fiable a los resultados de salud mental. Se realizó un análisis complementario mediante la inferencia del aumento de las tasas de los resultados de salud mental seleccionados (es decir, aquellos que se encontraron asociados con el aumento de la temperatura con evidencia de clase I o II) en función de la anomalía de la temperatura media anual de la Tierra. Obtuvimos la temperatura media anual de la Tierra de 1750 a 2022 de Berkeley Earth (<https://berkeleyearth.org>), y calculamos la anomalía de la temperatura terrestre anual restando a la temperatura terrestre observada de 1800-2022 la temperatura terrestre media en el periodo preindustrial (es decir, de 1750 a 1799).

Se utilizó el RR correspondiente derivado de la revisión general para hacer estas inferencias. Por ejemplo, si un resultado de salud mental tenía RR=1,01 por cada aumento de 1°C y la anomalía de la temperatura terrestre en un año determinado era de 1°, inferimos un aumento del 1% ese año. Estimamos la tasa anual de aumento de la temperatura terrestre en las últimas décadas y proyectamos esta tasa hasta 2050 (es decir, asumiendo que la anomalía de la temperatura terrestre aumentará la misma cantidad cada año). Hasta 2022, derivamos los intervalos de confianza (IC) del aumento inferido en los resultados de salud mental directamente de los IC de la presente revisión general. Los IC de 2023 a 2050 se estimaron mediante simulaciones Monte-Carlo de la combinación de nuestros IC con los intervalos de predicción de la anomalía de la temperatura terrestre.

Realizamos todos los cálculos generales con el paquete R *metaumbrella*²⁷, desarrollado por nuestro grupo y aplicado por primera vez en una publicación anterior en esta revista²³. Se trata del primer paquete completo que permite efectuar revisiones generales realizando automáticamente todos los cálculos necesarios y clasificando posteriormente la credibilidad de la evidencia.

RESULTADOS

Búsqueda bibliográfica y estudios identificados

Se identificaron 3.582 referencias. Tras eliminar los duplicados, se examinaron 2.421 a nivel de título y resumen y 132 a nivel de texto completo. Se incluyó en la revisión general un conjunto final de 32 revisiones sistemáticas con metaanálisis^{5,6,13,28-56}, que abarcaban 284 estudios individuales (231 longitudinales y 53 transversales) (ver Figura 1 y Tabla 1). Los estudios excluidos se detallan en la información complementaria.

Los estudios individuales incluían muestras de EE.UU. (n=74), China (n=41), Reino Unido (n=21), Corea del Sur (n=20), Canadá (n=19), Taiwán (n=13), Alemania (n=12), Países Bajos (n=11), España (n=11), Suecia (n=11), Francia (n=8), Australia (n=6), Italia (n=6), Hong Kong (n=4), Japón (n=4), Dinamarca (n=3), Finlandia (n=3), Irán (n=3), Israel (n=3), Noruega (n=3), Bélgica (n=2), Brasil

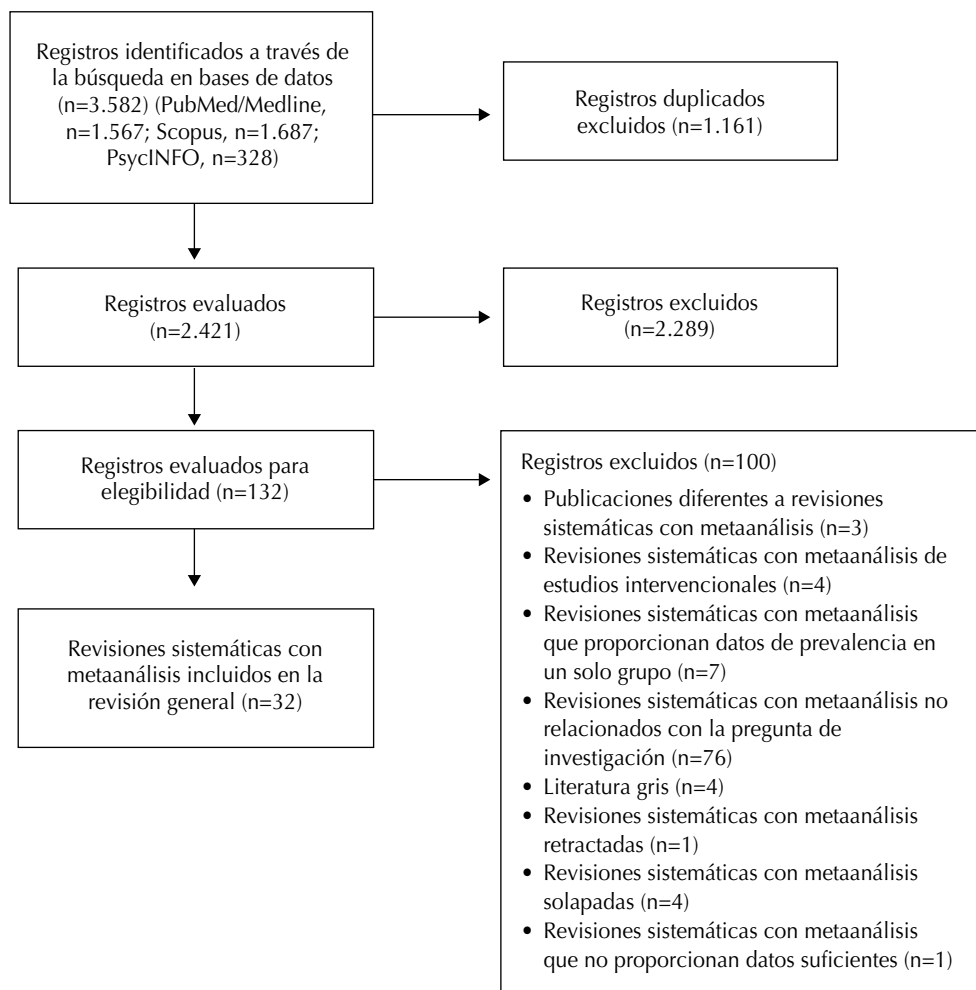


Figura 1 Diagrama de flujo PRISMA.

(n=2), India (n=2), México (n=2), Nueva Zelanda (n=2), Polonia (n=2), Portugal (n=2), Austria (n=1), Bangladesh (n=1), Colombia (n=1), Ghana (n=1), Grecia (n=1), Groenlandia (n=1), Kazajstán (n=1), Nigeria (n=1), Eslovaquia (n=1), Sudáfrica (n=1), Sri Lanka (n=1), Suiza (n=1), Turquía (n=1) y Vietnam (n=1). Estas muestras no suman 284 porque un estudio individual puede haber incluido múltiples muestras de diferentes países.

Características de las revisiones sistemáticas incluidas con metaanálisis

De las revisiones sistemáticas con metaanálisis, 25 se centraron en el impacto de la contaminación atmosférica en la salud mental^{5,13,31,33-41,44-46,48-56}; 6 en el impacto de los peligros del cambio climático^{6,29,30,32,43,47}; y 1 en ambos⁴².

Los resultados de salud mental incluyeron trastornos mentales^{5,13,30,33-35,37-41,44-46,48-50,52,53,55,56}; comportamiento suicida^{6,31,36,42}; sintomatología relacionada con trastornos mentales³²; acceso a servicios de atención de salud mental²⁸; trastornos mentales y sintomatología relacionada con trastornos mentales^{29,51,54}; y trastornos mentales, comportamiento suicida y acceso a servicios de atención de salud mental⁴⁷.

Asociaciones entre la contaminación atmosférica o la exposición al cambio climático y los resultados de salud mental

Se incluyeron y analizaron 237 asociaciones de exposiciones a los riesgos de la contaminación atmosférica o del cambio climático y los resultados de salud mental. De estas asociaciones, 195 (82,3%) se referían a los riesgos de la contaminación atmosférica y 42 (17,7%) a los del cambio climático.

Las asociaciones relativas a la contaminación atmosférica se centraron, por orden decreciente de frecuencia, en las PM_{2,5} (n=40; 16,9%), materia particulada en suspensión ≤10 µm de diámetro (PM₁₀) (n=35; 14,8%), dióxido de nitrógeno (NO₂) (n=32; 13,6%), ozono (O₃) (n=22; 9,3%), dióxido de azufre (SO₂) (n=17; 7,2%), monóxido de carbono (CO) (n=11; 4,6%), PM gruesas (n=8; 3,4%), óxidos de nitrógeno (NOx) (n=6; 2,5%), disolventes (n=5; 2,1%), pesticidas (n=3; 1,3%), metales (n=2; 0,8%), combustibles sólidos (n=1; 0,4%), PM diésel (n=1; 0,4%), hidrocarburos aromáticos policíclicos (n=1; 0,4%), o múltiples contaminantes juntos (n=11; 4,6%).

Las asociaciones relativas a los peligros del cambio climático se centraron en la temperatura (n=35; 14,8%), presión barométrica (n=1; 0,4%), ciclones (n=1; 0,4%), precipitaciones (n=1; 0,4%),

Tabla 1 Características de las revisiones sistemáticas con metaanálisis en la revisión general

	Estudios incluidos	Tamaño de la muestra	Asociaciones incluidas	Exposición	Resultado en salud mental
Abolhasani et al ²⁸	4	86.516.610	1	Contaminación atmosférica	Hospitalización por demencia
Borroni et al ¹³	39	4.659.344	12	Contaminación atmosférica	Depresión
Braithwaite et al ³¹	4	34.451	1	Contaminación atmosférica	Conducta suicida (mortalidad)
Cheng et al ³³	19	40.217.872	2	Contaminación atmosférica	Demencia, demencia vascular
Chun et al ³⁴	4	91.363	1	Contaminación atmosférica	Trastorno del espectro autista
Bernardina Dalla et al ³⁵	11	95.607	5	Contaminación atmosférica	TDAH
Davoudi et al ³⁶	9	1.532.847	13	Contaminación atmosférica	Conducta suicida (mortalidad)
Dhiman et al ³⁷	4	578.383	1	Contaminación atmosférica	Enfermedad de Alzheimer
Dutheil et al ³⁸	26	748.247	14	Contaminación atmosférica	Trastorno del espectro autista
Flores- Pajot et al ³⁹	4	141.061	9	Contaminación atmosférica	Trastorno del espectro autista
Fu et al ⁴⁰	15	218.487	2	Contaminación atmosférica	Trastorno del espectro autista, deterioro cognitivo leve
Fu et al ⁵	8	13.528.702	2	Contaminación atmosférica	Enfermedad de Alzheimer
Gong et al ⁴¹	14	77.053.755	4	Contaminación atmosférica	Enfermedad de Alzheimer, demencia, demencia vascular
Li et al ⁴⁴	9	70.214	1	Contaminación atmosférica	Depresión
Lin et al ⁴⁵	17	645.663	10	Contaminación atmosférica	TDAH, trastorno del espectro autista
Liu et al ⁴⁶	27	1.009.799	4	Contaminación atmosférica	Trastorno del espectro autista
Pourhoseini et al ⁴⁸	3	31.587	20	Contaminación atmosférica	Depresión posparto
Song et al ⁴⁹	13	27.055	40	Contaminación atmosférica	Esquizofrenia
Tang et al ⁵⁰	12	13.158.086	3	Contaminación atmosférica	Enfermedad de Alzheimer, demencia, demencia vascular
Trushna et al ⁵¹	9	445.562	4	Contaminación atmosférica	Trastornos de ansiedad, estrés psicológico
Wilker et al ⁵²	12	16.357.675	2	Contaminación atmosférica	Demencia
Yu et al ⁵³	10	2.703.941	2	Contaminación atmosférica	Deterioro cognitivo, demencia
Zeng et al ⁵⁴	12	289.066	11	Contaminación atmosférica	Depresión, síntomas depresivos
Zhang et al ⁵⁵	5	102.925	3	Contaminación atmosférica	TDAH
Zhao et al ⁵⁶	52	80.986.923	23	Contaminación atmosférica	Enfermedad de Alzheimer, deterioro cognitivo, demencia, demencia vascular
Beaglehole et al ²⁹	2	1.144	2	Desprendimientos de tierras, incendios forestales	Trastornos mentales, estrés psicológico
Bonde et al ³⁰	4	2.702	1	Ciclones, inundaciones, tsunamis	Depresión
Chan et al ³²	8	2.934	1	Ciclones	Síntomas de TEPT
Frangione et al ⁶	20	3.021.622	7	Precipitaciones, temperatura	Comportamiento suicida (mortalidad o intentos)
Li et al ⁴³	32	8.179.080	15	Presión barométrica, duración de la insolación, temperatura	Trastornos mentales; trastornos del estado de ánimo; trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos; esquizofrenia
Liu et al ⁴⁷	30	3.159.423	14	Temperatura	Trastornos mentales, trastornos mentales orgánicos, esquizofrenia, trastornos mentales relacionados con sustancias, comportamiento suicida (mortalidad), acceso al hospital
Heo et al ⁴²	29	2.635.678	7	Contaminación atmosférica, temperatura	Comportamiento suicida (mortalidad, intentos o ideación, o autolesiones)

TDAH, trastorno por déficit de atención con hiperactividad; TEPT: trastorno de estrés postraumático.

duración de la insolación (n=1; 0,4%) o múltiples peligros conjuntos (n=3; 1,3%).

En cuanto a los resultados de salud mental, las asociaciones se centraron, en orden decreciente de frecuencia, en los trastornos

mentales (n=185; 78,1%), comportamiento suicida (n=29; 12,4%), acceso a los servicios de atención de salud mental (n=9; 3,7%), sintomatología relacionada con los trastornos mentales (n=8; 3,3%) o varias categorías juntas (n=6; 2,5%).

Las asociaciones que involucraban trastornos mentales abarcaban trastornos mentales orgánicos (n=42; 17,7%); esquizofrenia (n=42; 17,7%); trastorno del espectro autista (n=38; 16%); trastornos del estado de ánimo (n=36; 15,3%); trastorno por déficit de atención con hiperactividad (n=9; 3,8%); trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (n=5; 2,1%); trastornos mentales relacionados con sustancias (n=1; 0,4%); y trastornos mentales múltiples conjuntos (n=12; 5,1%).

El comportamiento suicida englobaba la mortalidad por suicidio (n=15; 6,4%); mortalidad por suicidio, intentos o ideación de suicidio o autolesiones (n=7; 3,0%); y mortalidad por suicidio o intentos de suicidio (n=7; 3,0%). La sintomatología relacionada con los trastornos mentales incluía síntomas depresivos (n=5; 2,1%), angustia psicológica (n=2; 0,8%) y síntomas de TEPT (n=1; 0,4%). El acceso a los servicios de salud mental incluía el acceso al hospital (es decir, hospitalización o visitas del paciente al área de urgencias) (n=8; 3,3%) y solo hospitalización (n=1, 0,4%) para enfermedades mentales específicas.

Asociaciones convincentes (clase I) y muy sugestivas (clase II)

Entre las 237 asociaciones incluidas en la revisión general, 1 (0,4%) alcanzó un nivel convincente de credibilidad (clase I),

y 11 (4,6%) alcanzaron un nivel muy sugestivo de credibilidad (clase II) (Tabla 2).

La única asociación de clase I fue la existente entre la exposición prolongada a disolventes y mayor incidencia de demencia o deterioro cognitivo (OR=1,139; IC 95%: 1,090-1,191).

La exposición a largo plazo a niveles altos vs. niveles bajos de CO se asoció con una mayor incidencia de demencia (OR=1,587; IC 95%: 1,389-1,812; clase II). La exposición a largo plazo al aumento de NOx se asoció con una mayor incidencia de demencia vascular (HR=1,004 por 1 µg/m³; IC 95%: 1,003-1,005; clase II).

Un aumento de la exposición a PM₁₀ durante el segundo trimestre del embarazo se asoció con un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto (OR=1,023 por 1 µg/m³ de aumento; IC 95%: 1,014-1,033; clase II). Un aumento de la exposición a corto plazo al SO₂ se asoció con un mayor riesgo de recaída de la esquizofrenia (RR=1,005 por 1 µg/m³; IC 95%: 1,004-1,006; y RR=1,004 por 1 µg/m³; IC 95%: 1,003-1,005, respectivamente, 5 y 7 días después de la exposición; clase II).

La exposición a corto plazo al aumento de temperatura se asoció con un mayor riesgo de mortalidad relacionada con el suicidio o los trastornos mentales (RR=1,024 por aumento de 1°C; IC 95%: 1,015-1,033; clase II). También se asoció con un mayor riesgo de comportamiento suicida (RR=1,012 por aumento de 1°C; IC 95%: 1,011-1,014; clase II), un mayor riesgo de acceso al hospital debido

Tabla 2 Asociaciones convincentes (clase I) y altamente sugestivas (clase II).

Exposición	Resultado de salud mental	Estimación (IC 95%)	p	N	I²	IP	SSE/ESB	LS	Clase
Disolventes (alta vs. baja exposición, a largo plazo)	Incidencia de demencia o deterioro cognitivo	OR=1,139 (1,090-1,191)	<10 ⁻⁶	19.379	41%	SIG	No/No	Sí	I
CO (niveles altos vs. niveles bajos, a largo plazo)	Incidencia de demencia	OR=1,587 (1,389-1,812)	<10 ⁻⁶	2.629	0%	NS	No/No	Sí	II
NO _x (aumento de 1 µg/m³, a largo plazo)	Incidencia de demencia vascular	HR=1,004 (1,003-1,005)	<10 ⁻⁶	7.608	0%	-	-/-	Sí	II
PM ₁₀ (aumento de 1 µg/m³, durante el segundo trimestre del embarazo)	Incidencia de demencia vascular	OR=1,023 (1,014-1,033)	<10 ⁻⁶	2.211	36%	-	-/-	Sí	II
SO ₂ (aumento de 1 µg/m³, a corto plazo)	Recaída de la esquizofrenia 5 días después de la exposición	RR=1,005 (1,004-1,006)	<10 ⁻⁶	8.682	0%	-	-/-	Sí	II
	7 días después de la exposición	RR=1,004 (1,003-1,005)	<10 ⁻⁶	8.682	0%	-	-/-	Sí	II
Temperatura (aumento de 1°C, a corto plazo)	Mortalidad relacionada con suicidio o trastornos mentales	RR=1,024 (1,015-1,033)	<10 ⁻⁶	1.559.502	75%	NS	Sí/Sí	Sí	II
	Comportamiento suicida (mortalidad, intentos o ideación, o autolesiones)	RR=1,012 (1,011-1,014)	<10 ⁻⁶	2.260.123	70%	SIG	No/No	Sí	II
	Acceso al hospital por comportamiento suicida o trastornos mentales	RR=1,011 (1,008-1,015)	<10 ⁻⁶	1.052.237	86%	NS	Sí/Sí	Sí	II
	Acceso al hospital solo por trastornos mentales	RR=1,009 (1,006-1,012)	<10 ⁻⁶	640.651	78%	NS	Sí/Sí	Sí	II
Sensación térmica media (aumento de 1°C, a corto plazo)	Comportamiento suicida (mortalidad o intentos)	RR=1,010 (1,009-1,011)	<10 ⁻⁶	323.163	0%	-	-/-	Sí	II
Exposición a ciclones (proximidad temporal)	Gravedad de los síntomas de TEPT	r=0,275 (0,189-0,357)	<10 ⁻⁶	≥1.000	75%	SIG	No/No	Sí	II

CO, monóxido de carbono; PM₁₀, partículas en suspensión en el aire con diámetro ≤10 µm; NO_x, óxidos de nitrógeno; SO₂, dióxido de azufre; TEPT, trastorno de estrés postraumático; OR, odds ratio; HR, hazard ratio; RR, riesgo relativo; IP, intervalos de predicción; SSE, efecto de estudios pequeños; ESB, exceso significativo de sesgo; LS, estudio más grande con efecto significativo; SIG, significativo; NS, no significativo.

a comportamiento suicida o trastornos mentales (RR=1,011 por aumento de 1°C; IC 95%: 1,008-1,015; clase II), y un mayor riesgo de acceso al hospital debido solo a trastornos mentales (RR=1,009 por aumento de 1°C; IC 95%: 1,006-1,012; clase II).

Una exposición a corto plazo a un aumento de la sensación térmica (“sensación térmica” se define como la temperatura equivalente percibida por los humanos⁵⁷) se asoció con un mayor riesgo de comportamiento suicida (RR=1,010 por aumento de 1°C; IC 95%: 1,009-1,011; clase II).

Una mayor proximidad temporal de la exposición a ciclones (es decir, menos meses desde la exposición) se asoció con una mayor gravedad de los síntomas de TEPT ($r=0,275$; IC 95%: 0,189-0,357; clase II).

Análisis de sensibilidad y complementarios

El análisis de sensibilidad que incluyó solo estudios longitudinales confirmó todas las asociaciones de clase I y clase II anteriores, excepto la existente entre la proximidad temporal de la exposición a ciclones y la gravedad del TEPT, que se basó solo en estudios transversales.

Una asociación adicional alcanzó evidencia de clase II en el análisis longitudinal. Se trataba de la asociación entre la exposición a combustibles sólidos (p. ej., biomasa, leña) y una mayor incidencia de depresión (OR=1,27; IC 95%: 1,16-1,39, anteriormente clase III) (ver también información complementaria).

La figura 2 muestra, de acuerdo con los datos anteriores, en qué medida la anomalía anual de la temperatura terrestre (es decir, el aumento de la temperatura terrestre en comparación con el periodo preindustrial) puede haber aumentado los resultados relevantes para la salud mental (p. ej., mortalidad relacionada con suicidio o trastornos mentales) hasta 2022, y el aumento potencial en los próximos años. Nuestra estimación indica que este aumento de la mortalidad es ya de ~5% en la actualidad y alcanzará ~7% (IC 95%: 4,2-9,7) en 2050.

Asociaciones sugestivas (clase III), débiles (clase IV) y no significativas

Entre las 237 asociaciones entre la exposición a la contaminación atmosférica o los peligros del cambio climático y los resultados de salud mental incluidos en esta revisión general, 24 (10,1%) alcanzaron un nivel sugestivo de credibilidad (clase III); 65 (27,3%) alcanzaron un nivel débil de credibilidad (clase IV); y 136 (57,6%) no fueron significativas (ver también información complementaria).

Calidad de las revisiones sistemáticas con metaanálisis incluidas

La calidad de todas las revisiones sistemáticas con metaanálisis incluidas se calificó como “baja” o “críticamente baja”. Específicamente, el ítem 2 de AMSTAR-2 (es decir, presencia de protocolo) no fue satisfecho por 14 revisiones (43,8%); el ítem 4 (es decir, búsqueda exhaustiva de literatura) por 15 revisiones (46,9%); el ítem 7 (es decir, lista de estudios excluidos con los motivos) por 31 revisiones (96,9%); el ítem 9 (es decir, evaluación satisfactoria del riesgo de sesgo) por 4 revisiones (12,5%); el ítem 13 (es decir, tener en cuenta el riesgo de sesgo en la discusión de los resultados) por

15 revisiones (46,9%); y el ítem 15 (es decir, explorar y tener en cuenta el sesgo de publicación en la discusión de los resultados) por 17 revisiones (53,1%) (ver también información complementaria).

DISCUSIÓN

La presente revisión general resume exhaustivamente y evalúa por primera vez la credibilidad de la evidencia existente sobre el impacto de la contaminación atmosférica y el cambio climático en los resultados de salud mental. Se obtuvo evidencia de que algunas de estas exposiciones están asociadas con resultados de salud mental. Los niveles más altos de contaminantes atmosféricos específicos se asociaron con mayor riesgo de demencia o deterioro cognitivo (clase I), trastornos cognitivos (clase II), depresión posparto (clase II) y recaída en la esquizofrenia (clase II). El aumento de la temperatura se asoció con un aumento del comportamiento suicida, la mortalidad relacionada con el suicidio o los trastornos mentales; y el acceso al hospital debido a comportamiento suicida o trastornos mentales, o solo trastornos mentales (clase II).

Un primer punto fuerte de esta revisión general es la extensa base de datos (284 estudios individuales) que abarca todos los continentes, incluido el Sur Global, y por lo tanto proporciona una imagen global. Además, incluimos el mayor conjunto de asociaciones jamás realizado ($n=237$), valoradas sistemáticamente con criterios de clasificación basados en la evidencia que evalúan los sesgos existentes. Para proporcionar pruebas más rigurosas, convertimos todos los intervalos de exposición a una unidad en el Sistema Internacional de Unidades; aplicamos un análisis de sensibilidad restringido a los estudios longitudinales; y realizamos un análisis complementario para predecir el impacto futuro de las asociaciones que implican un aumento de la temperatura. El método de revisión general de última generación se mejoró aún más mediante el uso del paquete *metaumbrella*²⁷, que facilita grandes síntesis a través de múltiples bases de datos y medidas de asociación.

El hallazgo más importante de esta revisión general es la asociación convincente (clase I) entre niveles más altos de exposición a disolventes y un mayor riesgo de padecer demencia o deterioro cognitivo. Los disolventes (p. ej., tolueno, acetona, xileno, hexano, heptano y acetato de etilo) pueden liberar compuestos orgánicos volátiles a la atmósfera, contribuyendo a la formación de O_3 y niebla tóxica a nivel del suelo⁵⁸. También son directamente tóxicos para muchas partes del cuerpo, con síntomas que van desde la irritación cutánea, dolores de cabeza y visión borrosa, hasta la pérdida del conocimiento y la muerte⁵⁹. El disolvente más estudiado a nivel del sistema nervioso central es el tolueno, cuyos efectos adversos se manifiestan por encefalopatía aguda y daños en la sustancia blanca, pérdida multifocal de mielina y acumulación de macrófagos^{60,61}.

Los principales usos de los disolventes incluyen pinturas, decapantes, tintas y limpieza en seco, y siguen planteando graves riesgos para la salud, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, donde es difícil encontrar alternativas a estos materiales para los procesos de construcción y fabricación^{62,63}. Debido a su uso generalizado, se prevé que las emisiones de disolventes se dupliquen aproximadamente para 2030⁶⁴, lo que resulta alarmante si se tiene en cuenta su riesgo medioambiental⁵⁸ y su posible impacto en el cambio climático⁶⁵.

También encontramos evidencia altamente sugestiva (clase II) de una mayor incidencia de trastornos cognitivos con el aumento de la exposición al CO y al NO_x . El CO se encuentra entre los principales gases que atrapan el calor en la atmósfera (gases de

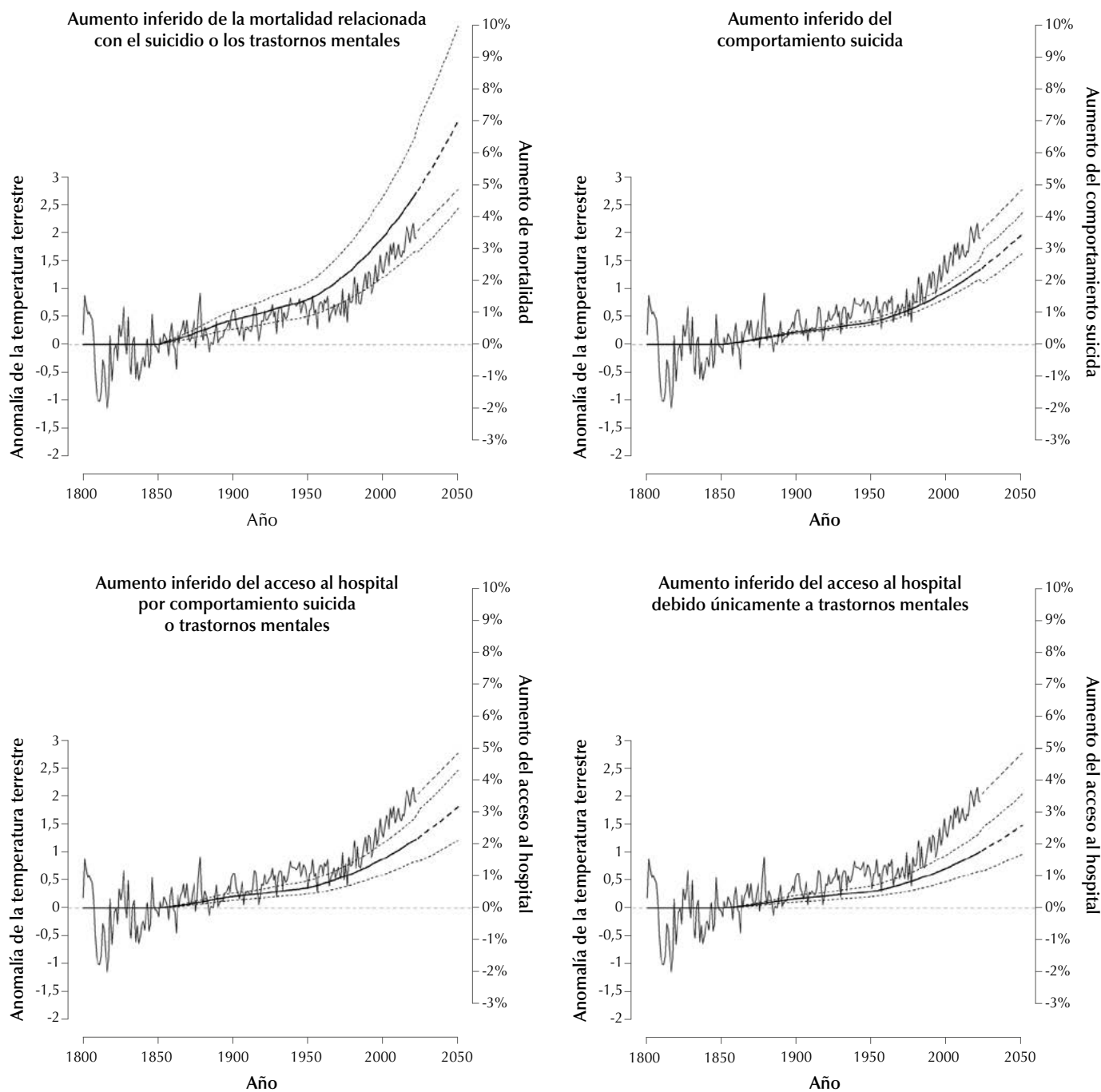


Figura 2 Aumento inferido en los resultados de salud mental asociados con la anomalía de la temperatura (aumento anual de la temperatura terrestre en comparación con la media del periodo preindustrial). La línea fluctuante representa la anomalía de temperatura. La línea continua representa los riesgos relativos (RR) correspondientes a las anomalías de temperatura según los RR de la revisión general. Las líneas discontinuas representan los intervalos de confianza derivados de la revisión general hasta 2022, y estimados mediante simulación Monte-Carlo para 2023-2050.

efecto invernadero), haciendo que el planeta se caliente más y “espesando el manto atmosférico de la Tierra”⁶⁶. Se produce principalmente por la actividad humana (p. ej., quema de combustibles fósiles, residuos sólidos, reacciones químicas)⁶⁶. Los NOx son gases producidos principalmente durante la combustión de combustibles fósiles. Son precursores de la formación de O₃, que tiene efectos adversos sobre el medio ambiente⁶⁷.

El CO y los NOx comparten efectos tóxicos cerebrales con otros contaminantes atmosféricos^{68,69}, como la neuroinflamación,

la neurodegeneración y el daño vascular cerebral⁷⁰. Estos contaminantes atmosféricos pueden entrar en el organismo a través del tracto respiratorio⁷¹. Una vez en el organismo, pueden activar el sistema inflamatorio y contribuir a la activación de la microglía⁷², el estrés oxidativo y el daño o muerte celular^{73,74}. Por lo tanto, los hallazgos actuales son consistentes con los reportados por estudios de cohortes basados en la población que indican que vivir cerca de carreteras principales se asocia con mayor incidencia de demencia⁷⁵.

También cabe destacar que la asociación entre CO y demencia no alcanzó evidencia de clase I debido a que los intervalos de predicción cruzaban el valor nulo. El paquete *metaumbrella* que utilizamos para realizar los análisis estima los intervalos de predicción mediante una distribución t con k-2 grados de libertad⁷⁶. Este método proporciona resultados conservadores en comparación con otros métodos aceptados, como la construcción de intervalos de predicción utilizando una distribución normal, que habría elevado esta asociación a evidencia de clase I.

Además, encontramos evidencia (clase II) de que la incidencia de depresión posparto aumentaba con la exposición a PM₁₀ durante el segundo trimestre de embarazo. Las PM₁₀ pueden contener sustancias nocivas (p. ej., benzopirenos, furanos, dioxinas y metales pesados cancerígenos) que pueden ser inhaladas. Estas partículas son producidas esencialmente por fuentes humanas (p. ej., combustión de combustibles, calefacción, vehículos, quema de biomasa y actividades industriales), y sus efectos perjudiciales sobre la salud física (p. ej., el sistema respiratorio) están bien establecidos⁷⁷. Es posible que su efecto sobre la salud mental esté mediado por un aumento de los niveles de la hormona del estrés⁷⁸.

De hecho, existe cierta evidencia de que la exposición a estas partículas aumenta los niveles de cortisol⁷⁹. Estos niveles tienden a elevarse durante el segundo y tercer trimestre de embarazo⁸⁰ (cuando se produce un aumento de secreción de la hormona liberadora de corticotropina de la placenta) y se asocian con el riesgo de depresión posparto⁸¹. Así pues, la interacción de estos contaminantes con el aumento fisiológico de las hormonas del estrés puede explicar la mayor incidencia de depresión posparto. No obstante, se necesitan futuras investigaciones empíricas para confirmar esta hipótesis.

También encontramos evidencia (clase II) de mayor riesgo de recaída en pacientes con esquizofrenia poco después (5 a 7 días) de la exposición a niveles elevados de SO₂. Se trata de un gas tóxico liberado de forma natural por la actividad volcánica y en la producción de ácido sulfúrico. También puede utilizarse como desinfectante, refrigerante, agente reductor, blanqueador y conservante de alimentos. Puede modular los procesos de cambio climático⁸² y también se ha asociado a un aumento de la mortalidad por todas las causas⁸³, a mayor riesgo de enfermedades respiratorias y a mayor probabilidad de episodios cardiovasculares⁸⁴, incluido el ictus⁸⁵.

Sin embargo, aún no se ha establecido el mecanismo que relaciona la exposición a corto plazo al SO₂ con los resultados en la salud física. Aunque es posible que esta exposición induzca un aumento de la inflamación, exacerbando o desencadenando potencialmente nuevos síntomas en individuos con esquizofrenia, esto sigue siendo especulativo, y no existe evidencia concluyente que vincule los marcadores inflamatorios con la recaída en este trastorno⁸⁶. Aunque la naturaleza de esta asociación requiere más estudios empíricos, este hallazgo apoya conceptualmente la profunda dimensión socioambiental y el origen de la esquizofrenia, que ha sido valorado previamente por nuestro y otros grupos^{26,87}.

En general, estos hallazgos están en línea con el papel perjudicial de la contaminación atmosférica como uno de los principales problemas medioambientales y de salud física a nivel global, que contribuye a más de 8 millones de muertes al año⁸⁸. Se calcula que toda la población mundial (99%) respira aire que excede los límites de contaminación recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸⁹. El presente estudio se suma a esta evidencia al indicar que la contaminación atmosférica tiene un impacto negativo también en la salud mental en todo el mundo.

Recientemente se han puesto en marcha políticas e iniciativas innovadoras para mejorar la calidad del aire, controlar los contaminantes y reforzar la cooperación entre países, como el Foro de Cooperación Internacional sobre Contaminación Atmosférica⁹⁰, el Centro de Intercambio de Tecnologías de Control del Grupo de Trabajo sobre Cuestiones Tecno-Económicas (TFTEI)⁹¹, y las Directrices de la OMS sobre la Calidad del Aire⁹². Las futuras actualizaciones de estas políticas podrían tener en cuenta las asociaciones que se desprenden de esta revisión general como medidas de resultado para mapear su impacto global en la salud mental.

El segundo hallazgo principal de este estudio es la evidencia altamente sugestiva (clase II) de una asociación entre el aumento de la temperatura y varios resultados de salud mental, como la mortalidad relacionada con el suicidio o los trastornos mentales, el comportamiento suicida; y el acceso al hospital debido a comportamiento suicida o trastornos mentales, o solo trastornos mentales. Estos son resultados fundamentales del mundo real de alta relevancia clínica, y sus asociaciones con un aumento de la temperatura pueden representar un hallazgo alarmante.

En los últimos años, el calentamiento global se ha convertido en una de las mayores preocupaciones, sobre todo para los jóvenes⁹³. Según el Panel Intergubernamental sobre el Cambio Climático, la temperatura media global en superficie en 2011-2020 fue 1,09°C superior a la de 1850-1900⁹⁴. Informes recientes revelan que 2023 fue el año más caluroso jamás registrado, con temperaturas globales cercanas al límite de 1,5°C establecido en el Acuerdo de París⁹⁵. Este dato es aún más preocupante si se tiene en cuenta que las temperaturas en tierra aumentan más rápidamente (1,59°C) que en el océano (0,88°C), lo que acentúa el impacto sobre los seres humanos⁹⁴. El efecto invernadero provocado por contaminantes específicos es el principal impulsor del aumento de la temperatura y del calentamiento global⁹⁶.

En este escenario, demostramos aquí que el calentamiento global afecta negativamente a la salud mental. Sin embargo, a pesar de la enorme magnitud del problema, los mecanismos biológicos subyacentes a esta asociación siguen siendo desconocidos y probablemente impliquen complejas relaciones multifactoriales⁹⁷⁻⁹⁹. Cierta evidencia sugiere que la exposición a temperaturas cálidas puede afectar directamente a la función cerebral, con alteraciones en la oxigenación adecuada y la permeabilidad de la barrera hematoencefálica. Otros estudios implican alteraciones en los neurotransmisores⁹⁷, o señalan que las temperaturas más altas pueden empeorar directamente el estado de ánimo, haciendo que las personas se sientan más irritables y estresadas, y amplificando los síntomas de los trastornos mentales¹⁰⁰.

También hay numerosos efectos indirectos del calentamiento global sobre los resultados de salud mental. Por ejemplo, en 2022, el 84% de los refugiados y solicitantes de asilo huyeron de crisis muy relacionadas con el clima y de países vulnerables al clima (p. ej., debido a sequías y aumentos del nivel del mar), lo que representa “refugiados medioambientales”¹⁰¹. Las proyecciones a corto plazo hasta 2040 estiman que la temperatura media de la superficie del planeta aumentará entre 0,4 y 1°C, y las proyecciones a largo plazo sugieren un aumento de temperatura de hasta 4,8°C en un escenario de altas emisiones¹⁰². En consecuencia, las proyecciones de las Naciones Unidas predicen que la situación de los refugiados medioambientales se deteriorará significativamente en el futuro.

Para respaldar aún más estas proyecciones y, por tanto, fundamentar futuras iniciativas globales que podrían abordar estos problemas, estimamos el futuro aumento de la mortalidad relacionada con el suicidio o los trastornos mentales asociado al aumento

previsto de la temperatura terrestre. Inferimos que este aumento de mortalidad es ya de ~5% en la actualidad (en comparación con los niveles preindustriales) y alcanzará ~7% en 2050.

En esta revisión general también se encontró evidencia (clase II) de que los ciclones aumentan la gravedad del TEPT. Se trata de grandes masas de aire que giran alrededor de una zona de baja presión, generalmente asociada con fuertes precipitaciones, que pueden causar una destrucción masiva de las poblaciones humanas a su paso. De hecho, pueden causar daños tanto físicos como psicológicos, interrumpiendo las rutinas diarias y forzando a evacuaciones y refugios dramáticos¹⁰³. Estos sucesos, junto con las importantes pérdidas económicas y la adversidad experimentada tras ellos, pueden constituir acontecimientos traumáticos graves asociados a la aparición de TEPT¹⁰⁴. Sin embargo, esta revisión general requiere más estudios y confirmación futura, ya que la evidencia disponible no se confirmó en los análisis de sensibilidad.

El presente trabajo tiene algunas limitaciones. En primer lugar, al tratarse de una revisión general, las pruebas presentadas se limitan a las encontradas en las revisiones sistemáticas con metaanálisis, sin considerar las asociaciones que no han sido metaanalizadas. En segundo lugar, la calidad de las revisiones sistemáticas con metaanálisis incluidas fue en general baja, principalmente debido a una discusión e investigación inadecuadas de las fuentes de heterogeneidad, o a la poca transparencia en la presentación de los estudios excluidos. En tercer lugar, aunque evaluamos el aumento de una exposición determinada y el correspondiente aumento del riesgo de un determinado resultado de salud mental, no asumimos que una reducción de la misma exposición corresponda automáticamente a una disminución proporcional de ese riesgo. De hecho, nuestra evidencia no contradice el hecho de que, por ejemplo, la exposición al frío extremo también puede empeorar los resultados de salud mental, como se describe en los países del norte de Europa¹⁰⁵.

Cuarto, aunque analizamos asociaciones específicas, las exposiciones consideradas no son independientes en el mundo real, y tienden a coexistir. Por lo tanto, nuestros resultados no pueden proporcionar información sobre la interacción e interdependencia entre diferentes exposiciones. Quinto, algunas asociaciones pueden ser espurias o estar mediadas por factores externos no incluidos en el análisis, como la edad, el género o la distribución socioeconómica de la población considerada. Por último, asociación no significa causalidad. Futuras investigaciones pueden investigar mejor las asociaciones para las que no encontramos evidencia o es débil, investigar relaciones no lineales y explorar múltiples exposiciones ambientales simultáneamente.

En conclusión, esta revisión general confirma que la contaminación atmosférica y el cambio climático representan elementos entrelazados de la principal crisis global de nuestro tiempo. El estudio amplía la vasta lista de efectos adversos de la exposición a los peligros de la contaminación atmosférica y el cambio climático sobre la salud física al indicar que también constituyen una amenaza para la salud mental global. Cuantificamos por primera vez el impacto negativo que estas exposiciones pueden ejercer sobre la salud mental en todo el mundo, resumiendo asociaciones basadas en la evidencia que pueden informar futuras investigaciones y acciones de salud a nivel poblacional. En particular, aunque la magnitud de la mayoría de las asociaciones de clase I o II analizadas anteriormente es pequeña, se extienden a toda la población mundial y, por tanto, es probable que tengan un impacto sustancial.

Nuestros hallazgos pueden servir de base para campañas educativas y de concienciación pública sobre el impacto de la contaminación atmosférica y los riesgos del cambio climático en la

salud mental, así como para garantizar la participación pública en programas y el acceso a información sobre el tema. Dado que vivimos en una época a la que muchos autores se refieren como el “Antropoceno” (es decir, la época geológica que data del inicio del impacto humano significativo en los ecosistemas de la Tierra, incluida la contaminación atmosférica y el cambio climático antropogénicos¹⁰⁶), la educación es esencial para alentar a la gente a cambiar sus actitudes y comportamientos y a tomar decisiones informadas.

La información generalizada sobre el impacto de la contaminación atmosférica y el cambio climático en la salud mental puede empoderar a todas las personas y, en especial, motivar aún más a los jóvenes a actuar¹⁰⁷. Ser consciente de la evidencia disponible y de los comportamientos procesables asociados también puede mitigar los miedos patológicos que están surgiendo actualmente (p. ej., la *ecoansiedad*, la *solastalgia* o el *duelo ecológico*)¹⁰⁻¹².

Los hallazgos actuales también pueden informar directamente a los responsables políticos y a las instituciones para que incorporen mejor la salud mental como resultado central en las políticas pertinentes. Aunque recientemente se ha prestado más atención a la salud mental en el contexto de las políticas medioambientales, esto todavía no es suficiente. Por ejemplo, iniciativas como la Cuenta Atrás para la Salud y el Cambio Climático de The Lancet, cuyo objetivo es mantener un sistema de seguimiento actualizable sobre el cambio climático y la salud humana, reconocen que su sistema es actualmente limitado cuando se trata del impacto del cambio climático en la salud mental¹⁰⁸. Del mismo modo, el Informe de Políticas la OMS sobre Salud Mental y Cambio Climático 2022² reconocía que los países no están teniendo suficientemente en cuenta la salud mental en su respuesta a la emergencia climática. Otro informe elaborado en vísperas de la Conferencia sobre el Cambio Climático de 2023 de la OMS puso de relieve que las consideraciones de salud mental siguen estando en gran medida ausentes de los compromisos de los países para cumplir el Acuerdo de París¹⁰⁹. Esperamos que nuestras conclusiones puedan representar un punto de referencia para la próxima generación de políticas e investigaciones sobre el cambio climático.

A medida que aumenta la urgencia de actuar contra la contaminación atmosférica y el cambio climático, resulta crucial investigar los factores específicos que modulan las asociaciones descritas en esta revisión general. La investigación futura debería facilitar una fertilización cruzada interdisciplinar más estrecha de la investigación medioambiental y la psiquiatría clínica. Un área fundamental de futuras investigaciones puede incluir estudios que aborden los beneficios potenciales de enfoques preventivos que se centren en las exposiciones ambientales para mejorar los resultados de salud física y mental de forma conjunta. Esta revisión general proporciona un conjunto inicial de objetivos viables basados en la evidencia que futuros estudios de intervención podrían investigar empíricamente.

En general, las asociaciones basadas en la evidencia aquí identificadas subrayan la necesidad de esfuerzos colaborativos e interdisciplinarios para desarrollar e implementar estrategias que mapeen y mitiguen los efectos de la contaminación del aire y el cambio climático, y protejan proactivamente la salud mental a nivel global. Esta revisión general exige una respuesta urgente a nivel de la población, invitando a los responsables políticos, a los profesionales de la salud y al público en general a priorizar e invertir en iniciativas que aborden la intersección de la contaminación atmosférica y el cambio climático con la salud mental, a fin de crear las condiciones para un futuro más resiliente y sostenible.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha contado con el apoyo de NextGenerationEU (NGEU) y la financiación del Ministerio de Universidad e Investigación, Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia, proyecto MNESYS (PE0000006) de Italia. J. Radua cuenta con el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación de España (PI22/00261), el Fondo de Investigación AXA, EIT Health y el Programa CERCA. El trabajo de G. Fico cuenta con el apoyo de una beca de la Fundación “La Caixa”. E. Vieta cuenta con el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación (PI21/00787) de España; la Secretaria d’Universitats i Recerca del Departament d’Economia i Coneixement (2021-SGR-01358); el Programa CERCA, Generalitat de Catalunya; la Fundación La Marató-TV3; y el Programa de Investigación e Innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea (H2020-EU.3.1.1 y H2020-EU.3.1.3). J. Radua y M. de Prisco han contribuido a partes iguales a este trabajo. La información complementaria sobre este estudio está disponible en https://imardgroup.com/air_pollution_and_climate_change.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell-Lendrum D, Neville T, Schweizer C et al. Climate change and health: three grand challenges. *Nat Med* 2023;29:1631-8.
2. World Health Organization. Mental health and climate change: policy brief. Geneva: World Health Organization, 2022.
3. Abbasi K, Ali P, Barbour V et al. Time to treat the climate and nature crisis as one indivisible global health emergency. *BMC Public Health* 2023;1:29.
4. Massazza A, Teyton A, Charlson F et al. Quantitative methods for climate change and mental health research: current trends and future directions. *Lancet Planet Health* 2022;6:e613-27.
5. Fu P, Yung KKL. Air pollution and Alzheimer’s disease: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimer’s Dis* 2020;77:701-14.
6. Frangione B, Villamizar LAR, Lang JJ et al. Short-term changes in meteorological conditions and suicide: a systematic review and meta-analysis. *Environ Res* 2022;207:112230.
7. Patz JA, Frumkin H, Holloway T et al. Climate change: challenges and opportunities for global health. *JAMA* 2014;312:1565-80.
8. Berry HL, Bowen K, Kjellstrom T. Climate change and mental health: a causal pathways framework. *Int J Public Health* 2010;55:123-32.
9. Crandon TJ, Dey C, Scott JG et al. The clinical implications of climate change for mental health. *Nat Hum Behav* 2022;6:1474-81.
10. Albrecht G. ‘Solastalgia’. A new concept in health and identity. *PAN: Philosophy Activism Nature* 2005;3:41-55.
11. Cunsolo A, Harper SL, Minor K et al. Ecological grief and anxiety: the start of a healthy response to climate change? *Lancet Planet Health* 2020;4:e261-3.
12. Albrecht G. Chronic environmental change: emerging ‘psychoterratic’ syndromes. In: Weissbecker I (ed). *Climate change and human well-being: global challenges and opportunities*. Berlin: Springer, 2011:43-56.
13. Borroni E, Pesatori AC, Bollati V et al. Air pollution exposure and depression: a comprehensive updated systematic review and meta-analysis. *Environ Pollut* 2022;292:118245.
14. Pelgrims I, Devleeschauwer B, Guyot M et al. Association between urban environment and mental health in Brussels, Belgium. *BMC Public Health* 2021;21:1-18.
15. Zijlstra WL, Wolf K, Emeny R et al. The association of air pollution and depressed mood in 70,928 individuals from four European cohorts. *Int J Hyg Environ Health* 2016;219:212-9.
16. Luan G, Yin P, Wang L et al. Associations between ambient high temperatures and suicide mortality: a multicity time-series study in China. *Environ Sci Pollut Res* 2019;26:20377-85.
17. Fernández-Niño JA, Flórez-García VA, Astudillo-García CI et al. Weather and suicide: a decade analysis in the five largest capital cities of Colombia. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:1313.
18. Fan S-J, Heinrich J, Bloom MS et al. Ambient air pollution and depression: a systematic review with meta-analysis up to 2019. *Sci Total Environ* 2020;701: 134721.
19. De Prisco M, Vieta E. The never-ending problem: sample size matters. *Eur Neuropsychopharmacol* 2023;79:17-8.
20. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n160.
21. Shea BJ, Reeves BC, Wells G et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358: j4008.
22. Bureau International des Poids et Mesures. The International System of Units (SI): base units. www.bipm.org.
23. Dragioti E, Radua J, Solmi M et al. Impact of mental disorders on clinical outcomes of physical diseases: an umbrella review assessing population attributable fraction and generalized impact fraction. *World Psychiatry* 2023;22:86-104.
24. Ioannidis JP. Integration of evidence from multiple meta-analyses: a primer on umbrella reviews, treatment networks and multiple treatments meta-analyses. *CMAJ* 2009;181:488-93.
25. Machado MO, Veronese N, Sanches M et al. The association of depression and all-cause and cause-specific mortality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Med* 2018;16:1-13.
26. Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis JP et al. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry* 2018;17:49-66.
27. Gosling CJ, Solanes A, Fusar-Poli P et al. metaumbrella: the first comprehensive suite to perform data analysis in umbrella reviews with stratification of the evidence. *BMJ Ment Health* 2023;26:e300534.
28. Abolhasani E, Hachinski V, Ghazaleh N et al. Air pollution and incidence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2023;100:e242-54.
29. Beaglehole B, Mulder RT, Frampton CM et al. Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2018;213:716-22.
30. Bonde JP, Utzon-Frank N, Bertelsen M et al. Risk of depressive disorder following disasters and military deployment: systematic review with meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2016;208:330-6.
31. Braithwaite I, Zhang S, Kirkbride JB et al. Air pollution (particulate matter) exposure and associations with depression, anxiety, bipolar, psychosis and suicide risk: a systematic review and meta-analysis. *Environ Health Perspect* 2019;127:126002.
32. Chan CS, Rhodes JE. Measuring exposure in Hurricane Katrina: a meta-analysis and an integrative data analysis. *PLoS One* 2014;9:e92899.
33. Cheng S, Jin Y, Dou Y et al. Long-term particulate matter 2.5 exposure and dementia: a systematic review and meta-analysis. *Public Health* 2022;212:33-41.
34. Chun H, Leung C, Wen SW et al. Maternal exposure to air pollution and risk of autism in children: a systematic review and meta-analysis. *Environ Pollut* 2020;256:113307.
35. Bernardina Dalla MD, Ayala CO, Castro FCAQ et al. Environmental pollution and attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of cohort studies. *Environ Pollut* 2022;315:120351.
36. Davoudi M, Barjasteh-Askari F, Amini H et al. Association of suicide with short-term exposure to air pollution at different lag times: a systematic review and meta-analysis. *Sci Total Environ* 2021;771:144882.
37. Dhiman V, Trushna T, Raj D et al. Is air pollution associated with increased risk of dementia? A meta-analysis of epidemiological research. *Neurol India* 2022;70:1004.
38. Dutheil F, Comptour A, Morlon R et al. Autism spectrum disorder and air pollution: a systematic review and meta-analysis. *Environ Pollut* 2021;278: 116856.
39. Flores-Pajot M-C, Ofner M, Do MT et al. Childhood autism spectrum disorders and exposure to nitrogen dioxide, and particulate matter air pollution: a review and meta-analysis. *Environ Res* 2016;151:763-76.
40. Fu P, Guo X, Cheung FMH et al. The association between PM2.5 exposure and neurological disorders: a systematic review and meta-analysis. *Sci Total Environ* 2019;655:1240-48.
41. Gong Y, Zhang X, Zhao X et al. Global ambient particulate matter pollution and neurodegenerative disorders: a systematic review of literature and meta-analysis. *Environ Sci Pollut Res* 2023;30:39418-30.
42. Heo S, Lee W, Bell ML. Suicide and associations with air pollution and ambient temperature: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:7699.
43. Li D, Zhang Y, Li X et al. Climatic and meteorological exposure and mental and behavioral health: a systematic review and meta-analysis. *Sci Total Environ* 2023;892:164435.
44. Li N, Song Q, Su W et al. Exposure to indoor air pollution from solid fuel and its effect on depression: a systematic review and meta-analysis. *Environ Sci Pollut Res* 2022;29:49553-67.

45. Lin L-Z, Zhan X-L, Jin C-Y et al. The epidemiological evidence linking exposure to ambient particulate matter with neurodevelopmental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Environ Res* 2022;209:112876.
46. Liu H, Ding L, Qu G et al. Particulate matter exposure during pregnancy and infancy and risks of autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis. *Sci Total Environ* 2023;855:158830.
47. Liu J, Varghese BM, Hansen A et al. Is there an association between hot weather and poor mental health outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Environ Int* 2021;153:106533.
48. Pourhoseini SA, Akbary A, Mahmoudi H et al. Association between prenatal period exposure to ambient air pollutants and development of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Health Res* 2024;34:455-65.
49. Song R, Liu L, Wei N et al. Short-term exposure to air pollution is an emerging but neglected risk factor for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Sci Total Environ* 2023;854:158823.
50. Tang J, Chen A, He F et al. Association of air pollution with dementia: a systematic review with meta-analysis including new cohort data from China. *Environ Res* 2022;223:115048.
51. Trushna T, Dhiman V, Raj D et al. Effects of ambient air pollution on psychological stress and anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence. *Rev Environ Health* 2021;36:501-21.
52. Wilker EH, Osman M, Weisskopf MG. Ambient air pollution and clinical dementia: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2023;381:e071620.
53. Yu X, Zheng L, Jiang W et al. Exposure to air pollution and cognitive impairment risk: a meta-analysis of longitudinal cohort studies with dose-response analysis. *J Glob Health* 2020;10:010417.
54. Zeng Y, Lin R, Liu L et al. Ambient air pollution exposure and risk of depression: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Psychiatry Res* 2019;276:69-78.
55. Zhang M, Wang C, Zhang X et al. Association between exposure to air pollutants and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Health Res* 2022;32:207-19.
56. Zhao Y-L, Qu Y, Ou Y-N et al. Environmental factors and risks of cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2021;72:101504.
57. National Weather Service. What is the heat index? www.weather.gov.
58. Lewis AC, Hopkins JR, Carslaw DC et al. An increasing role for solvent emissions and implications for future measurements of volatile organic compounds. *Philos Trans R Soc A* 2020;378:20190328.
59. Joshi DR, Adhikari N. An overview on common organic solvents and their toxicity. *J Pharm Res Int* 2019;28:1-18.
60. Al-Hajri Z, Del Bigio MR. Brain damage in a large cohort of solvent abusers. *Acta Neuropathol* 2010;119:435-45.
61. Filley CM, Halliday W, Kleinschmidt-DeMasters B. The effects of toluene on the central nervous system. *J Neuropathol Exp Neurol* 2004;63:1-12.
62. Dodson RE, Udesky JO, Colton MD et al. Chemical exposures in recently renovated low-income housing: influence of building materials and occupant activities. *Environ Int* 2017;109:114-27.
63. Roose B, Tennyson EM, Meheretu G et al. Local manufacturing of perovskite solar cells, a game-changer for low-and lower-middle income countries? *Energy Environ Sci* 2022;15:3571-82.
64. US Environmental Protection Agency. Global mitigation of non-CO2 greenhouse gases: solvents. www.epa.gov.
65. Jimenez-Gonzalez C. Life cycle considerations of solvents. *Curr Opin Green Sustain Chemistry* 2019;18:66-71.
66. US Environmental Protection Agency. Overview of greenhouse gases. www.epa.gov.
67. UK Department for Environment Food & Rural Affairs. National statistics. Nitrogen dioxide (NO₂). www.gov.uk.
68. Lo C-P, Chen S-Y, Lee K-W et al. Brain injury after acute carbon monoxide poisoning: early and late complications. *Am J Roentgenol* 2007;189:205-11.
69. Ridgway P, Nixon T, Leach J-P. Occupational exposure to organic solvents and long-term nervous system damage detectable by brain imaging, neurophysiology or histopathology. *Food Chem Toxicol* 2003;41:153-87.
70. Block ML, Calderón-Garcidueñas L. Air pollution: mechanisms of neuroinflammation and CNS disease. *Trends Neurosci* 2009;32:506-16.
71. Jankowska-Kieltyka M, Roman A, Nalepa I. The air we breathe: air pollution as a prevalent proinflammatory stimulus contributing to neurodegeneration. *Front Cell Neurosci* 2021;15:647643.
72. Gómez-Budia M, Kontinen H, Saveleva L et al. Glial smog: interplay between air pollution and astrocyte-microglia interactions. *Neurochem Int* 2020;136:104715.
73. Levy RJ. Carbon monoxide pollution and neurodevelopment: a public health concern. *Neurotoxicol Teratol* 2005;49:31-40.
74. Li H, Xin X. Nitrogen dioxide (NO₂) pollution as a potential risk factor for developing vascular dementia and its synaptic mechanisms. *Chemosphere* 2013;92:52-8.
75. Chen H, Kwong JC, Copes R et al. Living near major roads and the incidence of dementia, Parkinson's disease, and multiple sclerosis: a population-based cohort study. *Lancet* 2017;389:718-26.
76. Riley RD, Higgins JP, Deeks JJ. Interpretation of random effects meta-analyses. *BMJ* 2011;342:d549.
77. Dominski FH, Branco JHL, Buonanno G et al. Effects of air pollution on health: a mapping review of systematic reviews and meta-analyses. *Environ Res* 2021;201:111487.
78. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol* 2019;52:165-80.
79. Khamirchi R, Moslem A, Agah J et al. Maternal exposure to air pollution during pregnancy and cortisol level in cord blood. *Sci Total Environ* 2020;713:136622.
80. Duthie L, Reynolds RM. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis in pregnancy and postpartum: influences on maternal and fetal outcomes. *Neuroendocrinology* 2013;98:106-15.
81. Yim IS, Glynn LM, Schetter CD et al. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:162-69.
82. Ward PL. Sulfur dioxide initiates global climate change in four ways. *Thin Solid Films* 2009;517:3188-203.
83. Orellano P, Reynoso J, Quaranta N. Short-term exposure to sulphur dioxide (SO₂) and all-cause and respiratory mortality: a systematic review and meta-analysis. *Environ Int* 2021;150:106434.
84. Mustafic H, Jabre P, Caussin C et al. Main air pollutants and myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2012;307:713-21.
85. Shen S, Li X, Yuan C et al. Association of short-term exposure to sulfur dioxide and hospitalization for ischemic and hemorrhagic stroke in Guangzhou, China. *BMC Public Health* 2020;20:1-7.
86. Miller BJ, Lemos H, Schooler NR et al. Longitudinal study of inflammation and relapse in schizophrenia. *Schizophr Res* 2023;252:88-95.
87. Arango C, Dragioti E, Solmi M et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry* 2021;20:417-36.
88. Lelieveld J, Haines A, Burnett R et al. Air pollution deaths attributable to fossil fuels: observational and modelling study. *BMJ* 2023;383:e077784.
89. World Health Organization. Air pollution. Geneva: World Health Organization, 2022.
90. Swedish Environmental Protection Agency. Forum for International Cooperation on Air Pollution. www.naturvardsverket.se.
91. Task Force on Techno-Economic Issues. TFTEI Clearing House of Control Technologies. www.tftei.citepa.org.
92. World Health Organization. WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva: World Health Organization, 2021.
93. Marlon J, Rosenthal S, Goldberg M et al. Younger Americans are growing more worried about global warming. New Haven: Yale Program on Climate Change Communication, 2022.
94. Gulev SK, Thorne PW, Ahn J et al. Changing state of the climate system. In: Masson-Delmotte V, Zhai P, Pirani A et al. (eds). *Climate change 2021: the physical science basis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2021:287-422.
95. Copernicus Climate Change Service. 2023 is the hottest year on record, with global temperature close to the 1.5°C limit. <https://climate.copernicus.eu>.
96. D'Amato G, Akdis C. Global warming, climate change, air pollution and allergies. *Allergy* 2020;75:2158-60.
97. Lohmus M. Possible biological mechanisms linking mental health and heat – a contemplative review. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:1515.
98. Minor K, Bjerre-Nielsen A, Jonasdottir SS et al. Rising temperatures erode human sleep globally. *One Earth* 2022;5:534-49.
99. Bundo M, Preisig M, Merikangas K et al. How ambient temperature affects mood: an ecological momentary assessment study in Switzerland. *Environ Health* 2023;22:52.
100. Massazza A. Explained: How climate change affects mental health. <https://wellcome.org>.
101. United Nations High Commissioner for Refugees. Climate change and disaster displacement. www.unhcr.org.
102. Lee J-Y, Marotzke J, Bala G et al. Future global climate: scenario-based projections and near-term information. In: Masson-Delmotte V, Zhai P, Pirani A et al. (eds). *Climate change 2021: the physical science basis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2021:553-672.
103. Espinel Z, Kossin JP, Galea S et al. Forecast: Increasing mental health consequences from Atlantic hurricanes throughout the 21st century. *Psychiatr Serv* 2019;70:1165-67.

104. Galea S, Brewin CR, Gruber M et al. Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64: 1427-34.
105. Ruuhela R, Hiltunen L, Venäläinen A et al. Climate impact on suicide rates in Finland from 1971 to 2003. *Int J Biometeorol* 2009;53:167-75.
106. Pavid K. What is the Anthropocene and why does it matter? www.nhm.ac.uk.
107. United Nations Climate Actions. Education is key to addressing climate change. www.un.org.
108. Romanello M, di Napoli C, Green C et al. The 2023 report of the Lancet Count-down on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *Lancet* 2023;402:2346-94.
109. World Health Organization. 2023 WHO review of health in Nationally Determined Contributions and long-term strategies: health at the heart of the Paris Agreement. Geneva: World Health Organization, 2023.

DOI:10.1002/wps.21219

Psicoterapia modular basada en algoritmo *versus* terapia cognitivo-conductual para pacientes con depresión, comorbilidades psiquiátricas y trauma temprano: un ensayo preliminar controlado aleatorizado de prueba de concepto

Elisabeth Schramm¹, Moritz Elsaesser¹, Carolin Jenkner², Martin Hautzinger³, Sabine C. Herpertz^{4,5}

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Center – University of Freiburg, Faculty of Medicine, University of Freiburg, Freiburg, Germany; ²Clinical Trials Unit, Medical Center – University of Freiburg, Faculty of Medicine, University of Freiburg, Freiburg, Germany; ³Department of Psychology, Clinical Psychology, and Psychotherapy, Eberhard Karls University of Tübingen, Tübingen, Germany; ⁴Department of General Psychiatry, Center for Psychosocial Medicine, Medical Faculty, Heidelberg University, Heidelberg, Germany; ⁵German Center for Mental Health (DZPG), partner site Mannheim/Heidelberg/Ulm, Germany

Las magnitudes de efecto de las psicoterapias se estancan actualmente en un nivel de bajo a moderado. La personalización de la psicoterapia mediante procedimientos modulares basados en algoritmos promete mejores resultados, mayor flexibilidad y una mejor adecuación entre la investigación y la práctica. Sin embargo, no hay evidencia de la viabilidad y eficacia de la psicoterapia basada en módulos, utilizando un algoritmo de tratamiento personalizado. Este ensayo controlado aleatorizado de prueba de concepto se realizó en 70 pacientes ambulatorios adultos con un diagnóstico primario según el DSM-5 de trastorno depresivo mayor, una puntuación superior a 18 en la Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton de 24 ítems (HRSD-24), al menos un diagnóstico psiquiátrico comórbido según la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5 (SCID-5), antecedentes de al menos maltrato infantil “moderado-grave” en al menos un dominio del Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ), y superación del valor umbral en al menos una de las tres medidas de mecanismos transdiagnósticos relacionados con el trauma temprano: el Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo (RSQ), el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) y la Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones-16 (DERS-16). Los pacientes fueron aleatorizados a 20 sesiones de terapia cognitivo-conductual (TCC) estándar sola o TCC más módulos transdiagnósticos según un algoritmo de tratamiento basado en mecanismos (MoBa), durante 16 semanas. Nuestro objetivo era evaluar la viabilidad de MoBa y comparar MoBa vs. TCC con respecto a la satisfacción general de participantes y terapeutas y las calificaciones de la alianza terapéutica (utilizando el Inventario de Alianza de Trabajo - Breve Revisado, WAI-SR), la eficacia, el impacto sobre los mecanismos transdiagnósticos relacionados con el trauma temprano, y la seguridad. El resultado primario de eficacia fue la puntuación de HRSD-24 después del tratamiento. Los resultados secundarios incluyeron, entre otros, la tasa de remisión (definida como una reducción de la puntuación HRSD-24 en al menos el 50% desde el inicio y una puntuación <16 después del tratamiento), la tasa de remisión (definida como una puntuación HRSD-24 ≤8 después del tratamiento) y mejoras en los mecanismos relacionados con el trauma temprano de respuesta a la amenaza social, hiperactivación y procesos sociales y empatía. No encontramos dificultades en la selección de los módulos transdiagnósticos en los pacientes individuales, aplicando los valores umbral mencionados, y en la implementación de MoBa. Tanto los participantes como los terapeutas informaron de una mayor satisfacción general y obtuvieron puntuaciones WAI-SR más altas con MoBa que con la TCC. Ambos enfoques dieron por resultado reducciones importantes de los síntomas depresivos después del tratamiento, con una superioridad no significativa de MoBa sobre TCC. Los pacientes aleatorizados a MoBa tenían casi tres veces más probabilidades de experimentar remisión al final de la terapia (29,4% vs. 11,4%; odds ratio: OR=3,2; IC 95%: 0,9-11,6). Entre los resultados basados en mecanismos, los pacientes con MoBa mostraron un efecto postratamiento significativamente mayor en procesos sociales y empatía (p<0,05) en comparación con los pacientes con TCC, que presentaron una exacerbación en este dominio después del tratamiento. Se notificaron muchos menos efectos adversos con MoBa que con TCC. Estos resultados sugieren la viabilidad y aceptabilidad de una psicoterapia modular basada en algoritmos que complementa la TCC en pacientes deprimidos con comorbilidades psiquiátricas y trauma temprano. Aunque se observaron indicios iniciales de eficacia, las posibles ventajas clínicas y la heterogeneidad interindividual en los resultados del tratamiento deberán investigarse en ensayos de confirmación con potencia completa.

Palabras clave: Depresión, trauma temprano, psicoterapia modular basada en algoritmo, tratamiento basado en mecanismos, terapia cognitivo-conductual, módulos de tratamiento transdiagnóstico, mecanismos relacionados con el trauma, procesos sociales, empatía.

(Schramm E, Elsaesser M, Jenkner C, Hautzinger M, Herpertz SC. Algorithm-based modular psychotherapy vs. cognitive-behavioral therapy for patients with depression, psychiatric comorbidities and early trauma: a proof-of-concept randomized controlled trial. *World Psychiatry* 2024;23:257–266)

En más de siete décadas de investigación, la psicoterapia ha recorrido un largo camino para demostrar sus efectos en el tratamiento de problemas de salud mental. Gran parte de la investigación se vio estimulada por el desarrollo de enfoques específicos para cada trastorno, particularmente en el campo de la terapia cognitivo-conductual (TCC). Sin embargo, esta evolución continua no ha ido paralela a una mejora de los resultados del tratamiento.

La mayoría de los protocolos de psicoterapia basados en la evidencia se basan en manuales específicos para un único trastorno, sin tener en cuenta las comorbilidades psiquiátricas comunes, los factores de vulnerabilidad transdiagnósticos, como el trauma temprano, y la gran heterogeneidad fenomenológica entre pacientes. Este desajuste entre los protocolos disponibles específicos para cada trastorno y las características individuales del paciente disminuye los efectos del tratamiento y puede ser uno de los motivos de la limitada aplicación de las psicoterapias basadas en la evidencia en la práctica clínica.

Las magnitudes de efecto de las psicoterapias en general se encuentran actualmente estancadas en un nivel de bajo a moderado. En el campo de la depresión, un mínimo del 50% de los pacientes no responden, y aproximadamente dos tercios no logran la remisión con el tratamiento de primera línea¹, incluso cuando el procedimiento se ajusta a las pautas de tratamiento^{2,3}.

Impulsados por las crecientes críticas de que los manuales específicos para cada trastorno no abordan la complejidad de los mecanismos y procesos disfuncionales transdiagnósticos de cada individuo, los paradigmas de investigación se están desplazando actualmente hacia la personalización de la psicoterapia⁴⁻⁶. Al tener en cuenta los efectos diferenciales del tratamiento y las diferencias interindividuales, la psicoterapia personalizada podría aportar mayor flexibilidad, mejores resultados y un mejor ajuste entre la investigación y la práctica.

Dentro de este movimiento, han surgido recientemente varios enfoques distintos. Una de estas vías para lograr la personaliza-

ción es la terapia modular⁷⁻¹⁰. A diferencia de los protocolos de tratamiento convencionales, los enfoques modulares proporcionan a los clínicos una caja de herramientas basada en la evidencia, que permite integrar módulos de tratamiento de forma sistemática, como conjuntos independientes pero combinables de unidades funcionales. Al adaptar la selección y aplicación de los módulos a las características y necesidades específicas de cada paciente, la terapia modular promete una mayor aceptación por parte de pacientes y terapeutas, así como mejores resultados del tratamiento¹¹.

La modularidad como principio fundamental de tratamiento se estableció hace dos décadas y se ha investigado principalmente en niños y adolescentes^{7,12}. En adultos, se han realizado recientemente varios ensayos de viabilidad con intervenciones modulares para diversos problemas de salud mental, con resultados alentadores¹³⁻¹⁷. Sin embargo, hasta la fecha se dispone de poca información sobre los criterios de decisión utilizados para seleccionar las intervenciones. Cabe destacar que los programas no han aplicado algoritmos para elegir los módulos en función de las características de los pacientes con el fin de personalizar sistemáticamente el procedimiento de tratamiento.

Solo un estudio contemporáneo aporta evidencia inicial de la viabilidad de los algoritmos estadísticos de toma de decisiones para guiar la atención en salud mental¹⁸. Sin embargo, la eficacia no puede evaluarse claramente, ya que hasta la fecha únicamente se dispone de los resultados pre-post de un ensayo abierto no controlado en estudiantes universitarios en la comunidad¹⁹.

El presente estudio es el primero en investigar la psicoterapia modular basada en algoritmo para pacientes adultos en un ensayo controlado aleatorizado y con cegamiento del observador. Para representar una muestra difícil de tratar que se ve regularmente en la práctica clínica, se incluyeron pacientes con un diagnóstico según el DSM-5 de trastorno depresivo mayor, una puntuación superior a 18 en la Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton (HRSD-24) de 24 ítems²⁰, al menos una comorbilidad psiquiátrica, antecedentes de maltrato infantil al menos “de moderado a grave” y mecanismos transdiagnósticos relacionados con el trauma temprano alterados según los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC)²¹.

El objetivo del estudio era evaluar la viabilidad y aceptabilidad, y aportar evidencia preliminar de la eficacia de la psicoterapia basada en módulos (MoBa) utilizando un algoritmo de tratamiento personalizado. Este algoritmo se derivó de evidencia empírica sobre los mecanismos compartidos que subyacen a los trastornos mentales tras un trauma temprano. Entre ellos se incluyen la sobreactivación del sistema miedo/amenaza y las disfunciones de los sistemas de regulación excitación/afecto y de cognición social²²⁻²⁴.

El resultado primario de eficacia fue la puntuación de HRSD-24 al final del tratamiento. Los resultados secundarios fueron, entre otros, la tasa de respuesta y remisión, y mejoras en los mecanismos relacionados con el trauma temprano de respuesta a la amenaza social, hiperactivación y procesos sociales/empatía.

MÉTODOS

Diseño del estudio y participantes

En este ensayo controlado aleatorizado (ECA), de brazos paralelos y con cegamiento del observador, se reclutaron 70 pacientes ambulatorios con trauma temprano, depresión y comorbilidades psiquiátricas en dos centros psiquiátricos universitarios alemanes.

Los pacientes elegibles tenían entre 18 y 65 años; con un diagnóstico primario de trastorno depresivo mayor según el DSM-5 determinado mediante la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5 (SCID-5)²⁵; una puntuación superior a 18 en la HRSD-24²⁰; al menos un diagnóstico psiquiátrico comórbido según la SCID-5; antecedentes de maltrato infantil al menos “de moderado a grave” en al menos un dominio del Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ)²⁶ (es decir, negligencia emocional, abuso emocional, negligencia física, abuso físico o abuso sexual); y superaban el valor umbral en al menos una de las tres medidas de mecanismos transdiagnósticos relacionadas con el trauma temprano^{23,27}, es decir, una puntuación $\geq 9,88$ en el Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo (RSQ)²⁸; una puntuación < 45 en el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)²⁹, o una puntuación $\geq 55,73$ en la Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones-16 (DERS-16)³⁰.

Los criterios de exclusión fueron: riesgo agudo de suicidio; otro trastorno psiquiátrico como diagnóstico principal; cumplimiento de criterios diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar I, trastorno neurocognitivo o trastorno por consumo de sustancias durante los últimos 6 meses; diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial o más de tres rasgos de trastorno límite de la personalidad según la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-5 (SCID-5 PD)³¹; deterioro cognitivo grave; afección médica grave (que interfiera con la participación en las sesiones de terapia); otra psicoterapia o medicación psicotrópica en curso, excepto tratamiento antidepresivo y/o inductor del sueño, si era estable durante al menos 3 semanas (4 semanas para la fluoxetina). Se permitió el uso selectivo de una benzodiacepina como medicación de rescate a demanda durante un máximo de 2 semanas, mientras que no se permitió la ingesta continua de una benzodiacepina³².

El protocolo del estudio fue aprobado por los Comités de Ética independientes de la Universidad de Friburgo (nº de referencia 414/20) y la Universidad de Heidelberg (nº de referencia S-762/2020). El ensayo se preinscribió en el Registro Alemán de Ensayos Clínicos (nº de registro DRKS00022093). Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito.

Aleatorización, cegamiento y seguimiento

La aleatorización se realizó, estratificada por centros, en bloques de longitud variable en una proporción de 1:1. Las longitudes de los bloques se documentaron por separado y no se revelaron a los centros. Todas las entrevistas clínicas y evaluaciones de resultados fueron realizadas por evaluadores que desconocían la asignación del brazo de tratamiento.

Los evaluadores fueron capacitados y certificados de forma centralizada en la evaluación de resultados clínicos, y se garantizó la fiabilidad entre evaluadores como parte del proceso de capacitación. Los centros aplicaron procedimientos para mantener el cegamiento del evaluador sobre la asignación del tratamiento informando y recordando a los pacientes, en cada cita, que no mencionaran a los evaluadores la condición de su tratamiento o el contenido relacionado. Además, los evaluadores y terapeutas del estudio se situaron en ubicaciones físicas diferentes. Los terapeutas se abstuvieron de conversar con los evaluadores sobre cualquier aspecto de los tratamientos individuales. Los monitores clínicos de la Unidad de Ensayos Clínicos de Friburgo llevaron a cabo periódicamente el seguimiento de los datos *in situ*.

Intervenciones

Las intervenciones incluyeron 20 sesiones individuales basadas en manuales de TCC o MoBa durante 16 semanas (2 veces por semana en las semanas 1 a 4, 1 vez por semana en las semanas 5 a 16).

La condición TCC siguió el manual alemán estándar de TCC para la depresión³³, incluyendo los siguientes elementos: construcción de una alianza terapéutica, psicoeducación, activación conductual, reestructuración cognitiva y estrategias de mantenimiento y prevención de recaídas.

La condición MoBa incluía la TCC descrita anteriormente, complementada con al menos uno de los tres módulos seleccionados, que abordaban mecanismos alterados asociados a la traumatización interpersonal temprana.

El módulo 1 abordó el sistema de valencia negativa (según RDoC²¹) y el sistema de respuesta a la amenaza social, con el objetivo de reducir la conducta de evitación. Utilizó elementos del sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia (CBASP)^{34,35}, un método adaptado para el tratamiento de pacientes con depresión crónica de inicio temprano, normalmente con antecedentes de trauma. Los elementos del CBASP incluidos en el módulo fueron la “historia de la pareja” con una hipótesis de transferencia derivada, el “ejercicio de discriminación interpersonal” y la “reactividad personal contingente” del terapeuta (ver también información complementaria). El cuestionario que evaluaba los dominios cubiertos por este módulo era el RSQ²⁸.

El módulo 2 abordó el sistema de procesos sociales (según RDoC²¹), con el objetivo de mejorar la percepción y la comprensión de sí mismo y de los demás, la empatía y la comunicación social. Utilizó estrategias de la terapia basada en la mentalización (MBT)³⁶. Esto incluía el modelado y la enseñanza de la mentalización, para que el paciente aprendiera a “leer” el comportamiento de los demás y se reconectara así con su entorno social, fomentando su competencia social (ver también información complementaria). El cuestionario que evaluaba los dominios cubiertos por este módulo fue el IRI²⁹.

El módulo 3 abordó el sistema de excitación (según RDoC²¹), con el objetivo de reducir la hiperactivación. Utilizó las técnicas de percepción y regulación de las emociones de la terapia cognitiva basada en la atención plena centrados en: observar sin juzgar los estímulos internos y externos; desviar la atención de las “películas” internas relacionadas con el trauma; y control de habilidades para superar la hiperactivación o el atropello por las propias emociones (ver también información complementaria). El cuestionario que evaluó los dominios cubiertos por este módulo fue el DERS-16³⁰.

Los terapeutas del estudio, que eran psicólogos clínicos con formación en TCC, recibieron una capacitación formal en ambas intervenciones manualizadas por expertos de los respectivos campos. La adherencia a los manuales se garantizó mediante una supervisión continua. Todas las sesiones de terapia se grabaron en vídeo y los supervisores observaron secuencias seleccionadas al azar. Además, se comprobó el cumplimiento pidiendo a los terapeutas que rellenaran una Lista de Verificación de Elementos Terapéuticos (TEC) (ver información complementaria) inmediatamente después de cada sesión. Los supervisores revisaron las TEC con regularidad.

Resultados y evaluaciones

Se investigó la viabilidad de la selección de los módulos terapéuticos en los pacientes individuales –aplicando los valores umbral

mencionados anteriormente para las medidas de los mecanismos transdiagnósticos relacionados con el trauma temprano– y de la aplicación de MoBa. La satisfacción general de participantes y terapeutas con MoBa y TCC fue evaluada mediante la TEC después de cada sesión. La alianza terapéutica fue evaluada por participantes y terapeutas utilizando el Inventario de Alianza de Trabajo - Breve Revisado (WAI-SR)³⁸ al final del tratamiento. El WAI-SR evalúa tres aspectos clave de la alianza terapéutica: acuerdo sobre las tareas de la terapia, acuerdos sobre los objetivos de la terapia y desarrollo de un vínculo afectivo.

El resultado primario de eficacia se definió *a priori* como la puntuación HRSD-24²⁰ al final del tratamiento medida por evaluadores con cegamiento e independientes. Los resultados secundarios incluyeron la tasa de respuesta (definida como una reducción de la puntuación HRSD-24 de al menos un 50% desde el inicio y una puntuación <16 después del tratamiento), y la tasa de remisión (definida como una puntuación HRSD-24 ≤8 después del tratamiento).

Otros resultados secundarios comprendieron: a) síntomas autoevaluados de depresión y ansiedad, determinados por el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)³⁹ y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)⁴⁰; b) mejoras en los mecanismos relacionados con el trauma temprano de respuesta a la amenaza social, la hiperactivación y procesos sociales/empatía, evaluados por el RSQ²⁸, el DERS-16³⁰ y el IRI²⁹, respectivamente; c) mejoras en el funcionamiento social y ocupacional evaluado por el profesional clínico, según la Escala de Evaluación del Funcionamiento Social y Ocupacional (SOFAS)⁴¹, y en la calidad de vida autoevaluada, según la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud - Versión Breve (WHOQOL-BREF)⁴².

También se evaluó la tasa de deterioro, en ambos grupos de tratamiento, mediante el índice de cambio fiable basado en la varianza y fiabilidad de la puntuación de HRSD-24 al inicio y después del tratamiento.

Se registraron los eventos adversos y eventos adversos graves durante toda la duración del tratamiento, utilizando una lista de verificación bien establecida⁴³. Los eventos adversos se definieron como cualquier signo, síntoma o enfermedad desfavorable e involuntario, se considerara o no relacionado con el tratamiento (esto incluía el empeoramiento de los síntomas, la aparición de nuevos síntomas, la aparición de pensamientos suicidas pasivos, intenciones o planes suicidas activos, problemas en la relación paciente-terapeuta, problemas privados, problemas laborales u otras afecciones médicas). Los eventos adversos graves se definieron como cualquier evento médico que provocara la muerte, pusiera en peligro la vida, requiriera hospitalización o prolongación de la hospitalización existente, o provocara una discapacidad o incapacidad persistente o significativa (esto incluía cualquier afección médica que pudiera requerir intervención médica o quirúrgica para prevenir uno de los resultados anteriores, incluidos los intentos de suicidio).

Análisis estadístico

Debido a la naturaleza exploratoria del ensayo y a la falta de estudios comparables, no fue posible realizar un cálculo formal del tamaño de la muestra³². De acuerdo con Billingham et al⁴⁴, se consideró razonable un tamaño de muestra de 30 pacientes por grupo, lo que daba un total de 60 pacientes. Se asumió que el incumplimiento y/o abandono de los pacientes tras la aleatorización sería como máximo del 14%. Por lo tanto, se aleatorizaron

70 pacientes, divididos en los dos grupos de tratamiento para cada uno de los dos centros participantes.

El análisis primario de eficacia se realizó según el principio de intención de tratar y se basó en el conjunto de análisis completo. Esto incluyó a todos los pacientes aleatorizados, que se analizaron como pertenecientes a su brazo aleatorio, independientemente de si rechazaron la terapia o si se conocían otras desviaciones del protocolo. Los efectos de la TCC y MoBa con respecto a la HRSD-24 postratamiento (criterio de valoración principal) se estimaron dentro de un modelo de regresión lineal y el intervalo de confianza (IC) del 95% bilateral. El modelo incluyó el tratamiento y el centro de estudio como variables independientes, así como la puntuación basal de HRSD-24.

Los criterios de valoración secundarios se analizaron descriptivamente de forma similar, utilizando modelos de regresión apropiados para los respectivos tipos de datos. Se calcularon los efectos del tratamiento con los correspondientes IC del 95% bilaterales. Los criterios de valoración principales y secundarios también se evaluaron en modelos de regresión lineal como los descritos anteriormente, pero ajustando adicionalmente al el tipo de depresión

(trastorno depresivo episódico vs. trastorno depresivo persistente o síndrome distímico con episodios depresivos mayores superpuestos).

RESULTADOS

Se examinó la elegibilidad de un total de 119 pacientes en ambos centros desde diciembre de 2019 hasta marzo de 2022, de los cuales 70 fueron incluidos y aleatorizados a MoBa o TCC. Un paciente en el grupo MoBa interrumpió el estudio por motivo de traslado. Cuatro pacientes (3 en MoBa, 1 en TCC) abandonaron después de menos de 17 sesiones. Todos los pacientes fueron incluidos en el análisis por intención de tratar (Figura 1).

Características de la muestra

Las características demográficas, históricas y clínicas basales de los participantes en la muestra por intención de tratar se muestran

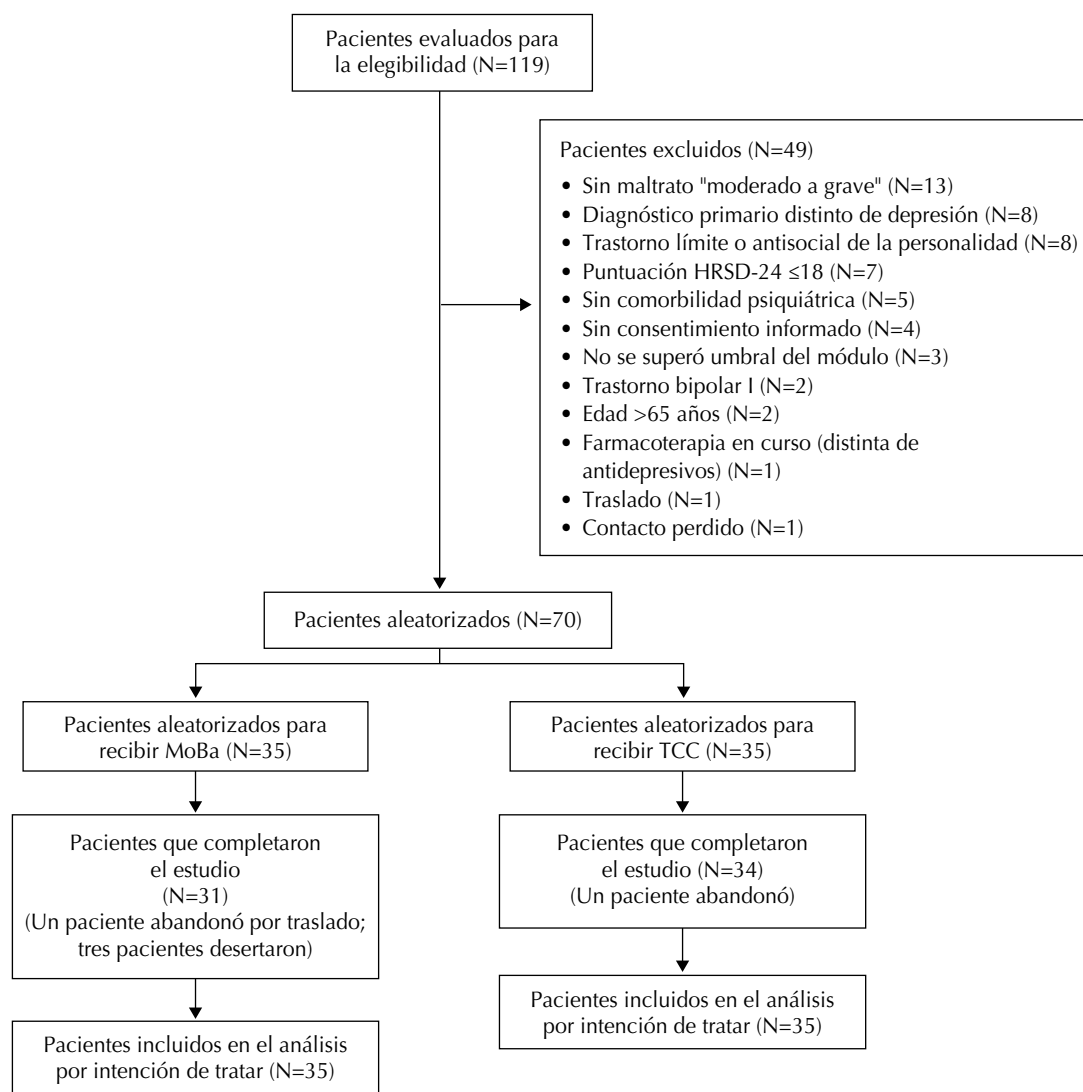


Figura 1 Diagrama de flujo del estudio. MoBa, psicoterapia modular basada en algoritmo; TCC, terapia cognitivo-conductual estándar; HRSD-24, Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton de 24 ítems.

Tabla 1 Características demográficas, históricas y clínicas iniciales de los participantes en el estudio.

	MoBa (N=35)	TCC (N=35)
Edad (años), media±DE	38,9±13,2	44,4±15,3
Género, N (%)		
Mujer	25 (71,4)	24 (68,6)
Hombre	10 (28,6)	10 (28,6)
No binario	0	1 (2,9)
Estado civil, N (%)		
Soltero	15 (42,9)	19 (55,9)
Casado/pareja registrada	7 (20,0)	5 (14,7)
Pareja estable	10 (28,6)	1 (2,9)
Divorciado(a)/separado(a)	3 (8,6)	9 (26,5)
Viudo(a)	0	0
Nivel educativo, N (%)		
Bajo (menos de 9 años)	2 (5,7)	2 (5,7)
Medio (10-11 años)	7 (20,0)	11 (31,4)
Alto (12+ años)	26 (74,3)	22 (62,9)
Empleo, N (%)		
A tiempo completo	5 (15,2)	4 (11,8)
A tiempo parcial	7 (21,2)	9 (26,5)
Empleo marginal/irregular	8 (24,2)	3 (8,8)
En formación	2 (6,1)	2 (5,9)
Desempleado	11 (33,3)	16 (47,1)
Tipo de depresión, N (%)		
Trastorno depresivo episódico	11 (31,4)	20 (57,1)
Trastorno depresivo persistente	12 (34,3)	7 (20,0)
Síndrome distímico con episodios depresivos mayores superpuestos	12 (34,3)	8 (22,9)
Edad en el momento del primer episodio depresivo (años), media±DE	20,1±11,4	20,0±9,3
Antecedentes familiares de trastornos mentales, N (%)	27 (77,1)	23 (65,7)
Diagnósticos psiquiátricos comórbidos (número), media±DE	1,9±0,9	1,9±1,1
Maltrato infantil en dominios individuales del CTQ, N (%)		
Negligencia emocional	32 (91,4)	29 (82,9)
Abuso emocional	25 (71,4)	27 (77,1)
Negligencia física	14 (40,0)	11 (31,4)
Maltrato físico	10 (28,6)	10 (28,6)
Abuso sexual	11 (31,4)	7 (20,6)
Dominios del CTQ en los que se notificaron malos tratos, N (%)		
Uno	8 (22,9)	10 (28,6)
Dos	8 (22,9)	12 (34,3)
Tres	10 (28,6)	6 (17,1)
Cuatro	7 (20,0)	3 (8,6)
Cinco	2 (5,7)	4 (11,4)

Tabla 1 (Cont.) Características demográficas, históricas y clínicas iniciales de los participantes en el estudio.

	MoBa (N=35)	TCC (N=35)
Dominios del CTQ en los que se denunció maltrato, media±DE	2,6±1,2	2,4±1,3
Intentos de suicidio previos, N (%)		
Ninguno	23 (65,7)	29 (82,9)
Uno	9 (25,7)	2 (5,7)
Al menos dos	3 (8,6)	4 (11,4)
Tratamiento psiquiátrico hospitalario previo, N (%)		
Sí	16 (45,7)	11 (31,4)
No	19 (54,3)	24 (68,6)
Puntuación actual HRSD-24, media±DE	26,3±4,7	27,6±7,3
Comorbilidades físicas actuales, N (%)	20 (57,1)	15 (42,9)
Actualmente reciben tratamiento psicofarmacológico, N (%)	21 (60,0)	25 (71,4)

MoBa, psicoterapia modular basada en algoritmo; TCC, terapia cognitivo-conductual estándar; HRSD-24, Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton de 24 ítems; CTQ, Cuestionario de Trauma Infantil.

en la Tabla 1. La media de edad fue de 38,9±13,2 años en el grupo MoBa y de 44,4±15,3 años en la muestra de TCC. La proporción de mujeres fue, respectivamente, de 71,4% y 68,6%. La mayoría de los pacientes eran solteros (42,9% y 55,9%) y sin empleo (33,3% y 47,1%) en ambos grupos.

Los pacientes del grupo MoBa tenían con mayor frecuencia un diagnóstico de trastorno depresivo persistente (34,3% vs. 20,0%) o síndrome distímico con episodios depresivos mayores superpuestos (34,3% vs. 22,9%). La puntuación media actual de HRSD-24 fue de 26,3±4,7 en los pacientes MoBa y de 27,6±7,3 en los pacientes TCC. La duración media del estado depresivo actual fue de 204 días en los pacientes MoBa y 142 días en los TCC. Los pacientes del grupo MoBa refirieron el doble de intentos de suicidio previos al tratamiento (34,3% vs. 17,1%) y eran más propensos a presentar comorbilidades físicas actuales (57,1% vs. 42,9%).

El número medio de diagnósticos psiquiátricos comórbidos fue de 1,9 en ambos grupos (rango: 1-5). Los trastornos de ansiedad fueron los diagnósticos comórbidos más frecuentes (al 27,1% de los pacientes se les diagnosticó trastorno de ansiedad generalizada, al 22,9% trastorno de ansiedad social, al 14,3% trastorno de pánico, al 14,3% fobia específica y al 7,1% agorafobia). Además, el 25,7% de los pacientes recibió un diagnóstico comórbido de trastorno de personalidad (20,0% evitativo; 2,9% dependiente; 1,4% narcisista y 1,4% obsesivo-compulsivo); 21,4% tenía un trastorno de estrés postraumático comórbido; 15,7% trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); 11,4% trastorno obsesivo-compulsivo o trastornos relacionados; 7,1% trastornos del sueño-vigilia; 5,8% trastornos de la conducta alimentaria; 4,3% trastorno disfórico premenstrual; y 4,3% síntoma somático no especificado y trastornos relacionados.

Se informó de maltrato infantil (al menos “de moderado a grave”) en un número medio de dominios CTQ de 2,6±1,2 para el grupo MoBa y de 2,4±1,3 para el grupo TCC. En general, 87,1% de los pacientes experimentó negligencia emocional (35,7% de “moderada a grave”; 51,4% de “grave a extrema”); 74,3% abuso

emocional (22,9% de “moderado a grave”; 51,4% de “grave a extremo”); 35,7% abandono físico (15,7% de “moderado a grave”; 20,0% de “grave a extremo”); 28,6% abuso físico (10,0% de “moderado a grave”; 18,6% de “grave a extremo”); y 26,1% abuso sexual (13,0% de “moderado a grave”; 13,0% de “grave a extremo”).

La proporción de pacientes que recibían actualmente tratamiento psicofarmacológico era del 60,0% en el grupo MoBa y del 71,4% en el grupo TCC. En conjunto, 65,7% de los pacientes recibían medicación. De ellos, 17,1% refería el uso estable de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, 12,9% de inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas y 42,9% de otros antidepresivos. La proporción de pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico hospitalario fue de 45,7% en la muestra MoBa y de 31,4% en la muestra TCC.

Asignación de módulos e implementación del tratamiento

En el grupo MoBa, los módulos de tratamiento se seleccionaron en los pacientes individuales según un algoritmo sistemático que aplicaba los valores umbral mencionados anteriormente para las medidas de los mecanismos transdiagnósticos relacionados con el trauma temprano. Entre los pacientes aleatorizados a este grupo, 17,1% recibió solo el Módulo 1; 11,4% solo el Módulo 2; 14,3% los Módulos 1 y 2; 31,4% los Módulos 1 y 3; 2,9% los Módulos 2 y 3; y 22,9% los Módulos 1, 2 y 3. Ningún paciente recibió solo el Módulo 3 (Figura 2).

En conjunto, los pacientes recibieron una media de $17,3 \pm 4,0$ sesiones de terapia. En el grupo MoBa, la media de tiempo en una sesión aplicando elementos de TCC fue del 43,2%. Si los elementos de CBASP y/o mentalización y/o mindfulness formaban parte de la intervención modular, el tiempo medio dedicado a cada uno de estos elementos fue, respectivamente, del 50,5%; 45,9% y 33,9%.

Viabilidad y aceptabilidad

No encontramos dificultades en la selección de los módulos terapéuticos en los pacientes individuales –mediante la aplicación de los valores umbral mencionados anteriormente para las medidas de los mecanismos transdiagnósticos relacionados con el trauma temprano– ni en la implantación de MoBa.

Los terapeutas registraron una satisfacción alta o muy alta con mayor frecuencia tras una sesión de terapia modular que después de una sesión de TCC (92,8% vs. 82,9%). Lo mismo ocurrió con los pacientes (82,9% vs. 74,3%). El 5,7% de los pacientes del grupo MoBa y el 11,4% del grupo TCC refirieron dificultades en la relación paciente-terapeuta. La alianza terapéutica fue calificada como mejor tanto por los terapeutas como por los participantes del grupo MoBa vs. el grupo TCC en los tres factores: acuerdo sobre las tareas de la terapia (diferencia media: 0,24 para terapeutas y 0,22 para pacientes); acuerdo sobre los objetivos de la terapia (0,24 y 0,02); y vínculo afectivo (0,05 y 0,16), aunque ninguna diferencia fue estadísticamente significativa.

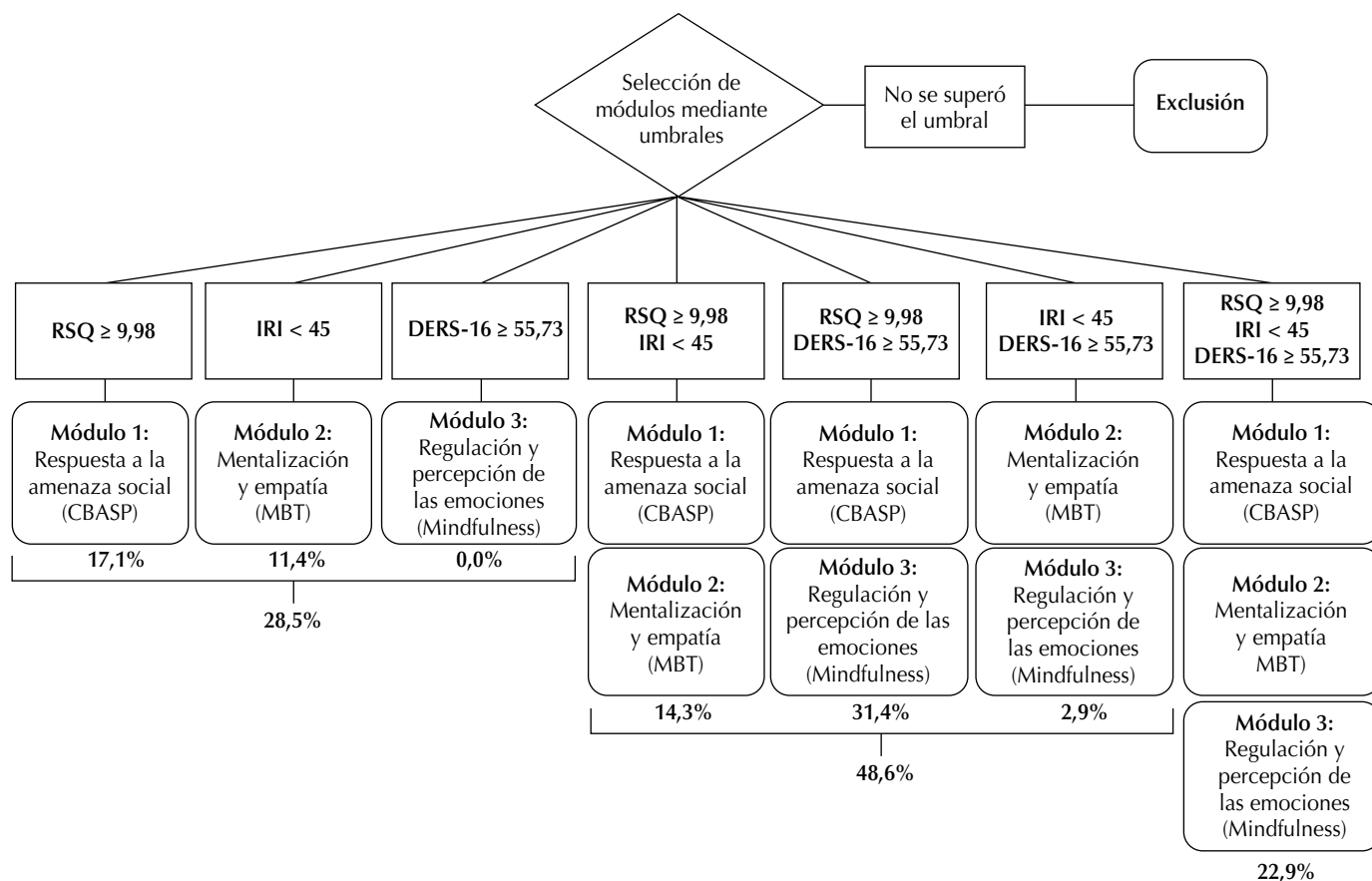


Figura 2 Selección de módulos según el algoritmo basado en la evidencia. RSQ, Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo; IRI, Índice de Reactividad Interpersonal; DERS-16, Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones-16; CBASP, sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual; MBT, terapia basada en la mentalización.

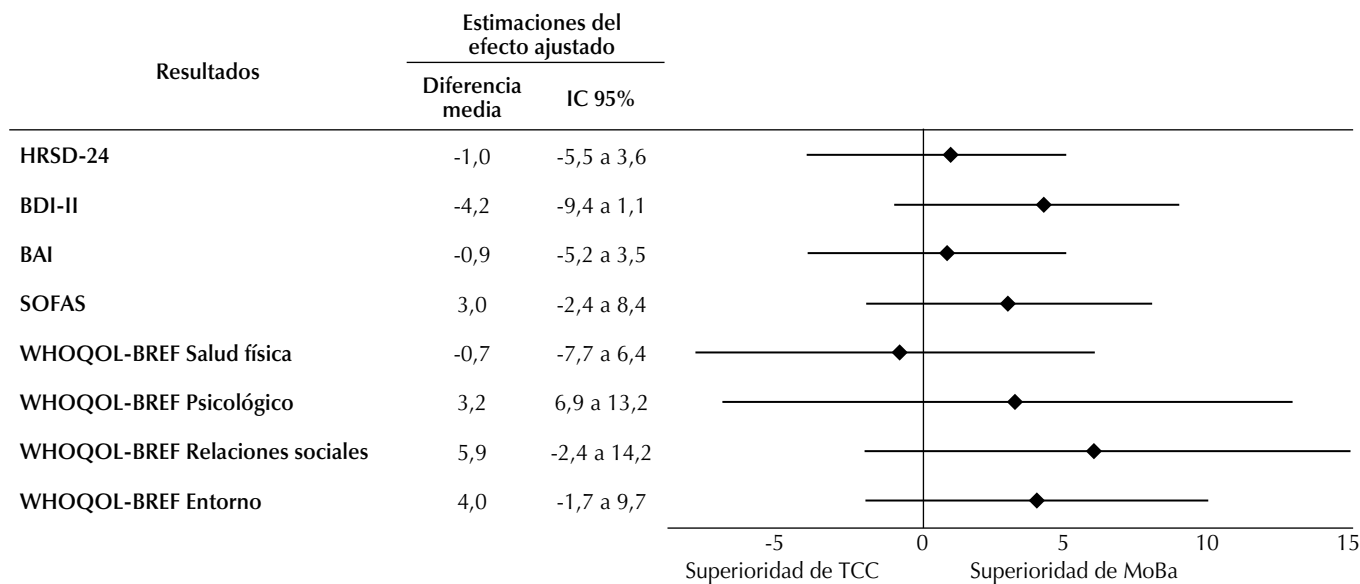


Figura 3 Diferencias medias estimadas entre la psicoterapia modular basada en algoritmo (MoBa) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) estándar para las medidas de eficacia clínica, ajustadas por tipo de depresión. HRSD-24, Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton de 24 ítems; BDI-II, Inventario de Depresión de Beck-II; BAI, Inventario de Ansiedad de Beck; SOFAS, Escala de Evaluación del Funcionamiento Social y Laboral; WHOQOL-BREF, Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud - Versión Breve.

Los pacientes del grupo MoBa completaron las tareas con mayor frecuencia que los del grupo TCC (89,6% vs. 71,0%). Los terapeutas informaron de más problemas de tiempo en las sesiones de MoBa en comparación con las de TCC (31,4% vs. 18,6%).

Eficacia

Tras 16 semanas de tratamiento, la puntuación media de HRSD-24 fue de 17,2 (IC 95%: 14,1-20,4) en el grupo MoBa y de 17,4 (IC 95%: 14,3-20,5) en el grupo TCC. Utilizando el modelo de regresión lineal, se encontró una diferencia media estimada de -0,2 (IC 95%: -4,6 a 4,2). Tras ajustar por el tipo de depresión, la diferencia media estimada fue de -1,0 (IC 95%: -5,5 a 3,6). Así pues, en lo que respecta al resultado principal, hubo una superioridad no significativa de MoBa sobre TCC (Figura 3).

La tasa de respuesta fue ligeramente superior en el grupo MoBa que en el TCC (35,3% vs. 31,4%; OR=1,2; IC 95%: 0,4-3,2). Sin embargo, los pacientes tenían casi tres veces más probabilidades de experimentar remisión al final del tratamiento (29,4% vs. 11,4%; OR=3,2; IC 95%: 0,9-11,6).

Los resultados secundarios de eficacia mostraron una superioridad no significativa de MoBa sobre TCC, con una diferencia media (después de ajustar por el tipo de depresión) de -4,2 (IC 95%: -9,4 a 1,1) para BDI-II; de -0,9 (IC 95%: -5,2 a 3,5) para BAI; de 3,0 (IC 95%: -2,4 a 8,4) para SOFAS; de 3,2 (IC 95%: -6,9 a 13,2) para WHOQOL-BREF Psicológico; de 5,9 (IC 95%: -2,4 a 14,2) para WHOQOL-BREF Relaciones sociales; y de 4,0 (IC 95%: -1,7 a 9,7) para WHOQOL-BREF Entorno. La única excepción fue WHOQOL-BREF Salud física, que mostró una superioridad no significativa de TCC (diferencia media: -0,7; IC 95%: -7,7 a 6,4) (Figura 3).

Entre los resultados basados en mecanismos, los pacientes MoBa mostraron un efecto postratamiento significativamente mayor en los procesos sociales/empatía tras ajustar por el tipo de depresión, con una diferencia media estimada de 1,9 (IC 95%: 0,0-3,8;

$p<0,05$) en la puntuación IRI en comparación con el grupo TCC. Este último grupo mostró en realidad una exacerbación en este dominio después del tratamiento (Tabla 2). Las estimaciones del efecto ajustado también favorecieron a MoBa para los otros dos resultados basados en mecanismos, pero no a un nivel estadísticamente significativo: la diferencia media, tras ajustar por el tipo de depresión, fue de 1,6 (IC 95%: -0,7 a 3,9) para la puntuación de RSQ, y de 1,8 (IC 95%: -4,3 a 7,9) para la puntuación de DERS-16 (Tabla 2).

Tabla 2 Diferencias medias estimadas entre la psicoterapia modular basada en algoritmo (MoBa) y la terapia cognitivo-conductual estándar (TCC) para los resultados basados en mecanismos, ajustados por tipo de depresión.

	MoBa		TCC		Estimaciones del efecto ajustado	
	N	Media ajustada (EE)	N	Media ajustada (EE)	Diferencia media	IC 95%
Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo (RSQ)						
Inicial	35	16,0 (0,93)	35	15,3 (0,88)		
Después del tratamiento	34	12,2 (0,81)	33	10,6 (0,81)	1,6	-0,7 a 3,9
Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)						
Inicial	35	44,1 (1,04)	35	43,4 (1,34)		
Después del tratamiento	34	45,0 (0,68)	35	43,1 (0,65)	1,9	0,0 a 3,8
Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones (DERS-16)						
Inicial	35	56,7 (1,95)	35	51,8 (1,92)		
Después del tratamiento	34	45,5 (2,18)	35	43,7 (2,09)	1,8	-4,3 a 7,9

La diferencia significativa entre MoBa y TCC ($p<0,05$) se destaca en negrita.

En general, 5 de 69 pacientes (7,2%) empeoraron durante el tratamiento, con una exacerbación media de -6,6 (DE=0,5) puntos en HRSD-24. De estos, tres pacientes habían sido aleatorizados a MoBa y dos a TCC.

Seguridad

En total, se produjeron 44 eventos adversos durante el ensayo, incluida la exacerbación de los síntomas o la aparición de nuevos síntomas en 8 casos, pensamientos suicidas pasivos en 8 casos y problemas en la relación paciente-terapeuta en 4 casos. El número de eventos adversos fue sustancialmente menor en el grupo MoBa (15; 34,1%) que en el grupo TCC (29; 65,9%), lo que corresponde a un número medio de 0,43 eventos por paciente MoBa y 0,83 eventos por paciente TCC. No se notificaron eventos adversos graves.

DISCUSIÓN

Este es el primer ensayo controlado aleatorizado en el que se investiga la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de una selección de módulos de tratamiento basada en un algoritmo que complementa la TCC estándar. El algoritmo se derivó de un modelo mecanicista de las secuelas de la adversidad en la vida temprana, y se pidió a los terapeutas que seleccionaran, en los pacientes individuales, los módulos apropiados sobre la base de una evaluación inicial de esas secuelas.

En una muestra muy sobrecargada de pacientes con trauma temprano y en su mayoría con depresión persistente o recurrente y comorbilidades psiquiátricas, el enfoque modular demostró ser muy aceptable. Tanto los pacientes como los terapeutas informaron de una satisfacción alta o muy alta después de la sesión, con más frecuencia con MoBa que con TCC. La alianza terapéutica fue calificada como mejor tanto por los pacientes como por los terapeutas del grupo MoBa vs. grupo TCC en lo que respecta a todos sus elementos clave (acuerdo sobre las tareas de la terapia, acuerdo sobre los objetivos de la terapia y vínculo afectivo).

Los terapeutas de MoBa informaron de una mayor presión de tiempo, muy probablemente debido al reto de integrar los módulos adicionales en un número reducido de 20 sesiones. Por otro lado, los pacientes del grupo MoBa completaron las tareas más a menudo y manifestaron menos dificultades en su relación con el terapeuta que los del grupo TCC. Muy pocos de estos pacientes gravemente afectados abandonaron o empeoraron. Los pacientes que recibieron MoBa informaron de un número sustancialmente menor de eventos adversos que los del grupo TCC. No se produjo ningún evento adverso grave.

El enfoque MoBa se asoció con una superioridad sobre la TCC estándar tanto en el resultado primario de valoración de eficacia (puntuación HRSD-24 postratamiento) como en casi todos los secundarios (síntomas depresivos y de ansiedad autoevaluados, funcionamiento social y laboral evaluado por el clínico, calidad de vida autoevaluada). Sin embargo, ninguna diferencia alcanzó significación estadística, muy probablemente debido al pequeño tamaño de la muestra.

Los pacientes del grupo de tratamiento modular tenían casi tres veces más probabilidades de mostrar remisión tras el tratamiento (29,4% vs. 11,4%; OR=3,2). Este hallazgo proporciona un apoyo preliminar a la utilidad de un enfoque basado en mecanismos modulares dirigido a personalizar la psicoterapia^{9,45}, con el fin de

abordar la sustancial heterogeneidad interindividual en los efectos del tratamiento entre pacientes deprimidos⁴⁶⁻⁵².

Nuestro algoritmo de tratamiento se basó en la evaluación inicial de tres mecanismos transdiagnósticos relacionados con el trauma temprano: respuesta a amenazas sociales, hiperactivación y procesos sociales/empatía. Hubo un efecto significativo de tratamiento diferencial con respecto a los procesos sociales/empatía, ya que los pacientes MoBa refirieron mejoras pre-post mientras que los pacientes TCC mostraron una exacerbación en este dominio. Curiosamente, el módulo de mentalización que abordaba este dominio era el único que incluía elementos no derivados de una tercera ola de TCC, sino de un enfoque psicodinámico³⁶. Las estimaciones del efecto ajustado también favorecieron a MoBa en los otros dos resultados basados en mecanismos, aunque la diferencia no alcanzó un nivel estadísticamente significativo, de nuevo probablemente debido al pequeño tamaño de la muestra.

Los análisis estadísticos se limitaron a comparaciones globales de MoBa vs. TCC, ya que las pruebas que comparaban diferentes módulos no tenían suficiente potencia. Aunque los módulos se seleccionaron en función de un algoritmo basado en la evidencia, la secuenciación de las estrategias dentro de los módulos se basó en la conceptualización de casos individuales por parte de los terapeutas. Hasta el momento no existe evidencia fiable que respalde un algoritmo de decisión basado en datos para la secuenciación. Sin embargo, se ha informado de que los sistemas de seguimiento y retroalimentación aumentan la eficacia de las psicoterapias al personalizar y adaptar más las intervenciones a la respuesta de los pacientes^{53,54}. Estos sistemas se probarán en un futuro ensayo confirmatorio.

Dado que ambas intervenciones fueron realizadas por los mismos terapeutas, podría haberse producido cierto grado de difusión involuntaria del tratamiento^{55,56}. Por lo tanto, para evitar sistemáticamente este efecto, en el futuro habrá que recurrir a terapeutas formados y que apliquen por separado una sola intervención.

Hasta ahora se sabe poco sobre cómo deben estructurarse las intervenciones en las psicoterapias modulares⁵⁷. A diferencia de la mayoría de los profesionales clínicos en ejercicio que siguen enfoques de tratamiento eclécticos según su experiencia e intuición⁵⁸, se necesitan reglas con base empírica para llegar a normas de tratamiento replicables. Este es el primer estudio que aplica un principio de toma de decisiones personalizado de selección de módulos basado en un algoritmo derivado de un modelo mecanicista. Cabe destacar que este modelo se basó en el enfoque RDoC, lo que no ocurre con frecuencia en los ensayos clínicos ni en la práctica.

Si bien los participantes aleatorizados a MoBa tenían características asociadas con una mayor resistencia al tratamiento que los que recibían TCC estándar, el enfoque modular demostró ser factible, seguro y eficaz, mostrando ventajas relacionadas con la satisfacción de pacientes y terapeutas y varios resultados clínicos. Aunque parece muy prometedor como vía distinta para lograr la personalización, será necesaria una evaluación adicional en un ensayo confirmatorio con potencia completa.

Para tener en cuenta los resultados de este ensayo preliminar de prueba de concepto, un diseño optimizado tendrá que incorporar más sesiones de terapia, incluir un sistema de seguimiento e involucrar a los pacientes en la toma de decisiones compartidas estandarizadas para secuenciar los módulos. En el futuro, puede ser óptima una combinación de algoritmos basados en la teoría y en datos, con análisis de aprendizaje automático de datos actuariales para construir procesos y resultados replicables.

AGRADECIMIENTOS

Este ensayo fue financiado por la Fundación Alemana de Investigación (subvención n° SCHR443/16-1), y el trabajo fue avalado por el Centro Alemán de Salud Mental (DZPG). Los autores desean dar las gracias al equipo del estudio y a todos los colaboradores del ensayo, en particular al coordinador del proyecto del sitio, R. Bullenkamp; a los terapeutas del estudio, N. Zehender, C. Breuninger, J. Hundertmark y F. Herrmann; y a los formadores del módulo, S. Taubner y A. Külz. E. Schramm y M. Elsaesser han contribuido a partes iguales a este trabajo. La información complementaria sobre este estudio está disponible en <https://osf.io/spkx4>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M et al. The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2021;144:288-99.
2. McIntyre RS, Alsuaidean M, Baune BT et al. Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry* 2023;22:394-412.
3. Leichsenring F, Steinert C, Rabung S et al. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry* 2022;21:133-45.
4. Purgato M, Singh R, Acarturk C et al. Moving beyond a 'one-size-fits-all' rationale in global mental health: prospects of a precision psychology paradigm. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2021;30:e63.
5. Huibers MJH, Lorenzo-Luaces L, Cuijpers P et al. On the road to personalized psychotherapy: a research agenda based on cognitive behavior therapy for depression. *Front Psychiatry* 2021;11:607508.
6. Schramm E, Rapee R, Furukawa TA. Time for a paradigm shift for psychotherapies? *Evid Based Ment Health* 2021;24:1.
7. Chorpita BF, Daleiden EL, Weisz JR. Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Appl Prevent Psychol* 2005;11:141-56.
8. Bohus M, Herpertz SC, Falkai P. Modulare Psychotherapie – Rationale und Grundprinzipien. *Die Psychiatrie* 2012;9:89-97.
9. Cohen ZD, Delgadillo J, DeRubeis RJ. Personalized treatment approaches. In: Barkham M, Lutz W, Castonguay LG (eds). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 7th ed. Hoboken: Wiley, 2021:673-703.
10. Herpertz SC, Schramm E. Modulare Psychotherapie: ein Mechanismus-basiertes, personalisiertes Vorgehen. Stuttgart: Schattauer, 2022.
11. Cheron DM, Becker-Haimes EM, Stern HG et al. Assessing practical implementation of modular psychotherapy for youth in community-based settings using benchmarking. *Implement Res Pract* 2022;3:2633489522115216.
12. Venturo-Conerly KE, Reynolds R, Clark M et al. Personalizing youth psychotherapy: a scoping review of decision-making in modular treatments. *Clin Psychol Sci Pract* 2023;30:45-62.
13. Black M, Hitchcock C, Bevan A et al. The HARMONIC trial: study protocol for a randomised controlled feasibility trial of Shaping Healthy Minds – a modular transdiagnostic intervention for mood, stressor-related and anxiety disorders in adults. *BMJ Open* 2018;8:e024546.
14. Black M, Johnston D, Elliott R et al. A randomised controlled feasibility trial (the HARMONIC Trial) of a novel modular transdiagnostic intervention – Shaping Healthy Minds – versus psychological treatment-as-usual, for clinic-attending adults with comorbid mood, stressor-related and anxiety disorders. *PsyArXiv* 2023;10.31234/osf.io/7muz5.
15. Herpertz SC, Matzke B, Hillmann K et al. A mechanism-based group-psychotherapy approach to aggressive behaviour in borderline personality disorder: findings from a cluster-randomised controlled trial. *BJPsych Open* 2020;7:e17.
16. Wilhelm S, Phillips KA, Didie E et al. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. *Behav Ther* 2014;45:314-27.
17. Karatzias T, Mc Glinaghy E, Cloitre M. Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (ESTAIR): a new modular treatment for ICD-11 complex posttraumatic stress disorder (CPTSD). *Brain Sci* 2023;13:1300.
18. Wen A, Wolitzky-Taylor K, Gibbons RD et al. A randomized controlled trial on using predictive algorithm to adapt level of psychological care for community college students: STAND triaging and adapting to level of care study protocol. *Trials* 2023;24:508.
19. Wolitzky-Taylor K, LeBeau R, Arnaudova I et al. A novel and integrated digitally supported system of care for depression and anxiety: findings from an open trial. *JMIR Ment Health* 2023;10:e46200.
20. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
21. US National Institute of Mental Health. Research Domain Criteria (RDoC). www.nimh.nih.gov.
22. Schnell K, Herpertz SC. Emotion regulation and social cognition as functional targets of mechanism-based psychotherapy in major depression with comorbid personality pathology. *J Pers Disord* 2018;32(Suppl.):12-35.
23. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM et al. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci* 2016;17:652-66.
24. Rokita KI, Dauvermann MR, Donohoe G. Early life experiences and social cognition in major psychiatric disorders: a systematic review. *Eur Psychiatry* 2018;53:123-33.
25. First MB, Williams JBW, Karg RS et al. *Structured Clinical Interview for DSM-5—research version*. Arlington: American Psychiatric Association, 2015.
26. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Neglect* 2003;27:169-90.
27. Sloan E, Hall K, Moulding R et al. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2017;57:141-63.
28. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *J Pers Soc Psychol* 1996;70:1327-43.
29. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 1983;44:113-26.
30. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT et al. Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: the DERS-16. *J Psychopathol Behav Assess* 2016;38:284-96.
31. First MB, Williams JBW, Benjamin LS et al. *User's guide for the SCID-5-PD (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders)*. Arlington: American Psychiatric Association, 2015.
32. Elsaesser M, Herpertz S, Piosczyk H et al. Modular-based psychotherapy (MoBa) versus cognitive-behavioural therapy (CBT) for patients with depression, comorbidities and a history of childhood maltreatment: study protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open* 2022;12:e057672.
33. Hautzinger M. *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. 7. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 2013.
34. McCullough JP. *Treatment for chronic depression. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford, 2000.
35. McCullough JP, Penberthy J, Schramm E et al. *CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder*. London: Routledge, 2014.
36. Bateman AW, Fonagy P. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2019.
37. Williams JMG, Crane C, Barnhofer T et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol* 2014;82:275-86.
38. Hatcher RL, Gillaspay JA. Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychother Res* 2006;16:12-25.
39. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation, 1996.
40. Beck AT, Steer RA. *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.
41. Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992;149:1148-56.
42. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med* 1998;28:551-8.
43. Meister R, Lano J, Fangmeier T et al. Adverse events during a disorder-specific psychotherapy compared to a nonspecific psychotherapy in patients with chronic depression. *J Clin Psychol* 2020;76:7-19.
44. Billingham SAM, Whitehead A, Julious SA. An audit of sample sizes for pilot and feasibility trials being undertaken in the United Kingdom registered in the United Kingdom Clinical Research Network database. *BMC Med Res Methodol* 2013;13:104.
45. Kramer U, Eubanks CF, Bertsch K et al. Future challenges in psychotherapy research for personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2022;24:613-22.
46. Fried EI, Nesse RM. Depression is not a consistent syndrome: an investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *J Affect Disord* 2015;172:96-102.
47. Goerigk S, Reinhard MA, Barton BB et al. Transdiagnostic analysis of adverse childhood experiences and their association with psychopathology – a TRANS-D conform study. *Psychiatry Res* 2023;329:115545.

48. Elsaesser M, Feige B, Kriston L et al. Longitudinal clusters of long-term trajectories in patients with early-onset chronic depression: 2 years of naturalistic follow-up after extensive psychological treatment. *Psychother Psychosom* 2023; doi: 10.1159/000535005.
49. Kaiser T, Volkmann C, Volkmann A et al. Heterogeneity of treatment effects in trials on psychotherapy of depression. *Clin Psychol Sci Pract* 2022;29:294-303.
50. Solomonov N, Barber JP. Unpacking the heterogeneity in treatment effects as a path to personalized psychotherapies: are we there yet? *Clin Psychol Sci Pract* 2022;29:308-10.
51. Furukawa TA, Efthimiou O, Weitz ES et al. Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, drug, or their combination for persistent depressive disorder: personalizing the treatment choice using individual participant data network metaregression. *Psychother Psychosom* 2018;87:140-53.
52. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M et al. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry* 2023;22:105-15.
53. Lutz W, Rubel J, Deisenhofer AK et al. Continuous outcome measurement in modern data-informed psychotherapies. *World Psychiatry* 2022;21:215-6.
54. Barkham M, De Jong K, Delgadillo J et al. Routine outcome monitoring (ROM) and feedback: research review and recommendations. *Psychother Res* 2023;33:841-55.
55. Baldwin SA, Goldberg SB. Methodological foundations and innovations in quantitative psychotherapy research. In: Barkham M, Lutz W, Castonguay LG (eds). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 7th ed. Hoboken: Wiley, 2021:19-50.
56. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton, Mifflin & Co., 2002.
57. Stumpp NE, Sauer-Zavala S. Evidence-based strategies for treatment personalization: a review. *Cogn Behav Pract* 2022;29:902-13.
58. Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB. Decision making and psychotherapy integration: theoretical considerations, preliminary data, and implications for future research. *J Psychother Integration* 2007;17:225-50.

DOI:10.1002/wps.21204

Resultados absolutos y relativos de las psicoterapias para ocho trastornos mentales: revisión sistemática y metaanálisis

Pim Cuijpers^{1,2}, Clara Miguel¹, Marketa Ciharova¹, Mathias Harrer³, Djordje Basic¹, Ioana A. Cristea⁴, Nino de Ponti¹, Ellen Driessen^{5,6}, Jessica Hamblen^{7,8}, Sadie E. Larsen^{7,9}, Minoo Matbouriahi¹, Davide Papola^{10,11}, Darin Pauley¹, Constantin Y. Plessen^{1,12}, Rory A. Pfund¹³, Kim Setkowski^{14,15}, Paula P. Schnurr^{7,8}, Wouter van Ballegooijen^{1,16}, Yingying Wang¹, Heleen Riper^{1,16}, Annemieke van Straten¹, Marit Sijbrandij¹, Toshi A. Furukawa¹⁷, Eirini Karyotaki¹

¹Department of Clinical, Neuro and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health Research Institute, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands;

²International Institute for Psychotherapy, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania; ³Psychology & Digital Mental Health Care, Technical University of Munich, Munich, Germany; ⁴Department of General Psychology, University of Padua, Padua, Italy; ⁵Department of Clinical Psychology, Behavioural Science Institute, Radboud University, Nijmegen, The Netherlands; ⁶Depression Expertise Center, Pro Persona Mental Health Care, Nijmegen, The Netherlands; ⁷National Center for PTSD, White River Junction, VT, USA; ⁸Department of Psychiatry, Geisel School of Medicine at Dartmouth, Hanover, NH, USA; ⁹Department of Psychiatry and Behavioral Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI, USA; ¹⁰Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Sciences, Section of Psychiatry, University of Verona, Verona, Italy; ¹¹Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ¹²Department of Psychosomatic Medicine, Charité Universitätsmedizin Berlin; Freie Universität Berlin and Humboldt Universität zu Berlin, Berlin, Germany; ¹³Tennessee Institute for Gambling Education & Research, Department of Psychology, University of Memphis, Memphis, TN, USA; ¹⁴Research Department, 113 Suicide Prevention, Amsterdam, The Netherlands; ¹⁵Department of Pedagogical and Educational Sciences, Faculty of Behavioural and Social Sciences, University of Groningen, Groningen, The Netherlands; ¹⁶Department of Psychiatry, Amsterdam University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; ¹⁷Department of Health Promotion and Human Behavior, Kyoto University Graduate School of Medicine and School of Public Health, Kyoto, Japan

Las psicoterapias son tratamientos de primera línea para la mayoría de los trastornos mentales, pero sus resultados absolutos (es decir, tasas de respuesta y remisión) no están bien estudiados, a pesar de la relevancia de dicha información para los usuarios, proveedores y responsables políticos de la asistencia sanitaria. Nuestro objetivo fue examinar los resultados absolutos y relativos de las psicoterapias en ocho trastornos mentales: trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), fobia específica, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno límite de la personalidad (TLP). Se utilizó una serie de revisiones sistemáticas existentes incluidas en la iniciativa Metapsy (www.metapsy.org), con una estrategia común de búsqueda bibliográfica, inclusión de estudios y extracción de datos, y un formato común para los análisis. La búsqueda bibliográfica se realizó en las principales bases de datos bibliográficas (PubMed, PsycINFO, Embase y el Registro Cochrane de Ensayos Controlados) hasta el 1 de enero de 2023. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados que comparaban psicoterapias para cualquiera de los ocho trastornos mentales, establecidos mediante una entrevista diagnóstica, con un grupo control (lista de espera, tratamiento habitual o pastilla placebo). Se realizaron metaanálisis por pares con modelos de efectos aleatorios. El resultado principal fue la tasa absoluta de respuesta (al menos un 50% de reducción de los síntomas entre el inicio y la prueba posterior) en las condiciones de tratamiento y control. Los resultados secundarios incluyeron el riesgo relativo (RR) de respuesta y el número necesario a tratar (NNT). Los metaanálisis de efectos aleatorios de los 441 ensayos incluidos (33.881 pacientes) indicaron tasas de respuesta modestas para las psicoterapias: 0,42 (IC 95%: 0,39-0,45) para TDM; 0,38 (IC 95%: 0,33-0,43) para TEPT; 0,38 (IC 95%: 0,30-0,47) para TOC; 0,38 (IC 95%: 0,33-0,43) para el trastorno de pánico; 0,36 (IC 95%: 0,30-0,42) para TAG; 0,32 (IC 95%: 0,29-0,37) para el trastorno de ansiedad social; 0,32 (IC 95%: 0,23-0,42) para la fobia específica; y 0,24 (IC 95%: 0,15-0,36) para TLP. La mayoría de los análisis de sensibilidad apoyaron ampliamente estos hallazgos. Los RR fueron significativos para todos los trastornos, excepto para TLP. Nuestra conclusión es que la mayoría de las psicoterapias para los ocho trastornos mentales son eficaces en comparación con las condiciones de control, pero las tasas de respuesta absolutas son bajas. Se necesitan tratamientos e intervenciones más eficaces para quienes no responden a un tratamiento de primera línea.

Palabras clave: Psicoterapias, tasas de respuesta, depresión, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno límite de la personalidad.

(Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M, Harrer M, Basic D, Cristea IA, et al. Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2024;23:267–275)

Alrededor de 970 millones de personas en todo el mundo sufren algún trastorno mental¹. La depresión y los trastornos de ansiedad son las afecciones más prevalentes, pero las tasas de prevalencia de otros trastornos, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno límite de personalidad (TLP), también son notablemente altas. Para estos trastornos se dispone de tratamientos basados en la evidencia, siendo las psicoterapias intervenciones de primera línea².

Los resultados del tratamiento de las psicoterapias generalmente se examinan mediante medidas continuas (es decir, puntuaciones medias en escalas de valoración). Los metaanálisis suelen informar de los resultados como diferencias de medias estandarizadas (DME), que indican la diferencia entre una intervención y una condición de control en términos de unidades de desviación estándar. Aunque se trata de una forma correcta de informar sobre los resultados, estas magnitudes de efecto son difíciles de interpretar para pacientes, proveedores y responsables políticos^{3,4}.

Los resultados binarios como la respuesta (definida, en el caso de la depresión, como una reducción del 50% de los síntomas entre el inicio y el final de la prueba) y la remisión (es decir, un estado en el que el individuo no presenta más que síntomas mínimos) son más fáciles de interpretar⁵. Sin embargo, los ensayos y metaanálisis suelen informar de estos resultados comparando el tratamiento con una condición de control en términos de riesgos relativos (RR), odds ratios (OR) o número necesario a tratar (NNT), es decir, cuántos pacientes deben ser tratados para obtener un resultado positivo más en comparación con los controles⁶.

Los resultados absolutos, en términos de tasas de respuesta o remisión de los tratamientos, no suelen agruparse en los metaanálisis, ya que esto supondría que estas tasas son comparables entre los ensayos, lo que puede no ser el caso⁷. Sin embargo, estos resultados absolutos son esenciales para la toma de decisiones clínicas. En otras áreas, por ejemplo, en metaanálisis de tasas de prevalencia de trastornos mentales, las tasas absolutas a menudo se agrupan⁸⁻¹⁰.

En cientos de ensayos controlados aleatorizados se han examinado los efectos de las psicoterapias, y los metaanálisis han demostrado que estas terapias son efectivas en una amplia gama de trastornos mentales, tales como trastorno depresivo mayor (TDM)^{11,12}, TEPT^{13,14}, TOC¹⁵, TLP^{16,17}, y trastornos de ansiedad¹⁸⁻²². Sin embargo, muy pocos metaanálisis se han centrado en más de un trastorno mental, mientras que un enfoque más amplio enfocado en múltiples trastornos puede permitir una evaluación de la “tratabilidad” comparativa de estas afecciones.

Esto también es importante porque las psicoterapias se comparan con diferentes tipos de condiciones de control, lo que puede dar lugar a magnitudes de efecto diferenciales. Por ejemplo, en el campo de la depresión, está bien establecido que el uso de la lista de espera como condición de control puede sobreestimar los efectos de los tratamientos²³. En los trastornos de ansiedad, casi todos los ensayos han utilizado la lista de espera, y hay indicios de que los grupos de control de “cuidado habitual” dan lugar a magnitudes de efecto considerablemente menores²². En el TLP, prácticamente todos los ensayos utilizan grupos de control de cuidado habitual^{16,17}. Una ventaja de examinar los resultados absolutos es que esto se hace por separado para los grupos de tratamiento y control, de modo que una comparación entre la relativa “tratabilidad” de los trastornos mentales no se complica por las diferencias en las condiciones de control.

En este estudio metaanalítico, se examinaron los resultados absolutos y relativos de las psicoterapias para ocho trastornos mentales principales: TDM, TEPT, TOC, TLP, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad social y fobia específica. Como resultado primario, se consideró la medida absoluta de la tasa de respuesta²⁴. En el campo de los tratamientos para la depresión, la respuesta suele definirse como una reducción del 50% de los síntomas⁵. En otros campos, la definición de respuesta es menos clara. Por ejemplo, en estudios sobre trastornos de ansiedad, se utiliza una amplia gama de definiciones diferentes²⁵, y lo mismo ocurre con el TEPT²⁶. En este metaanálisis, se utilizó la misma definición de respuesta (número de pacientes con al menos un 50% de reducción de los síntomas entre el inicio y el final de la prueba, dividido entre el número total de pacientes) en todos los trastornos mentales incluidos. Esto permite tener un resultado comparable entre estos diferentes trastornos, proporcionando una indicación de su relativa “tratabilidad”. Hasta donde sabemos, ningún metaanálisis previo ha informado de resultados absolutos entre psicoterapias para una serie de trastornos mentales.

MÉTODOS

Estrategia de búsqueda y criterios de selección

Este metaanálisis se registró en el Open Science Framework (<https://doi.org/10.17605/osf.io/rpw6g>). Se utilizó una serie de revisiones sistemáticas vivas incluidas en el proyecto Metapsy (www.metapsy.org), con una estrategia común de búsqueda de bibliografía, inclusión de estudios y extracción de datos, y un formato común para los análisis. Todos los conjuntos de datos incluidos se actualizan al menos una vez al año (fecha límite para el estudio actual: 1 de enero de 2023).

Se realizaron búsquedas en las principales bases de datos bibliográficas –incluidas PubMed, PsycINFO, Embase y el Registro Cochrane de Ensayos Controlados– combinando términos (palabras índice y de texto) indicativos de cada uno de los trastornos mentales y psicoterapias, con filtros para ensayos controlados aleatorizados.

Se realizaron búsquedas separadas para TDM, TEPT, TOC y TLP. Se realizó una búsqueda combinada para cuatro trastornos de ansiedad: trastorno de pánico, TAG, trastorno de ansiedad social y fobia específica. Las cadenas de búsqueda completas se presentan en la información complementaria.

Todos los registros identificados fueron revisados por dos investigadores, y se recuperaron en texto completo todos los registros que, según uno de los investigadores, podían cumplir los criterios de inclusión. La decisión de incluir un estudio también fue tomada por dos investigadores independientes, y los desacuerdos se resolvieron por consenso y, en caso necesario, mediante consulta con un tercer evaluador.

Para el metaanálisis actual, se incluyeron ensayos controlados aleatorizados en los que se comparó una psicoterapia²⁷ para adultos con cualquiera de los ocho trastornos mentales, según lo establecido mediante una entrevista diagnóstica, con un grupo de control (lista de espera, cuidado habitual o pastilla placebo). Se excluyeron los estudios con otras condiciones de control, los que incluían participantes según medidas de los síntomas en el autoinforme; los realizados en pacientes hospitalizados, niños o adolescentes; los que examinaban intervenciones de autoayuda no guiadas, y los que no tenían datos suficientes para calcular la tasa de respuesta.

Evaluación de la calidad y extracción de datos

La calidad de los ensayos incluidos se evaluó mediante la herramienta de evaluación Cochrane del riesgo de sesgo (RoB) versión 1 (para el conjunto de datos sobre TDM)²⁸ o versión 2 (para los otros siete conjuntos de datos)²⁹. Se utilizaron cuatro criterios de la herramienta RoB 1: generación de secuencias, ocultación de la asignación a condiciones, prevención del conocimiento de la intervención asignada y tratamiento de los datos de resultados incompletos. Mediante la herramienta RoB 2 se evaluaron los mismos dominios con más detalle, así como si los análisis estaban pre-especificados. Se separaron los ensayos de cada uno de los ocho conjuntos de datos en dos categorías: RoB bajo y otros. La definición de RoB bajo varió entre los conjuntos de datos (las definiciones se proporcionan en la Tabla 1). Todas las evaluaciones de RoB fueron realizadas por dos investigadores independientes, y los desacuerdos se resolvieron mediante discusión con un tercer autor.

Se extrajeron otras características de los ensayos y las intervenciones: edad media de los participantes, proporción de mujeres, si los participantes se reclutaron exclusivamente a partir de muestras clínicas, tipo de psicoterapia (consulte las definiciones en la información complementaria), formato de tratamiento, número de sesiones, tipo de condición de control y país en que se realizó el estudio.

Estimación de las tasas de respuesta

La respuesta al tratamiento se definió como el número de pacientes con al menos un 50% de reducción de los síntomas entre el momento inicial y el posterior a la prueba, dividido entre el número total de pacientes. Para el cálculo de la tasa de respuesta, se utilizó una medida de resultado en cada estudio. Si se utilizaron múltiples medidas de resultado, se seleccionó la que se utilizó con más frecuencia.

Los pacientes aleatorizados pero no incluidos en los análisis de los que respondieron al tratamiento en los informes originales se asumieron como no respondedores y se incluyeron en los análisis principales para respetar el principio de intención de tratar. Esta fue

Tabla 1 Descripción general de la búsqueda bibliográfica y características de los estudios e intervenciones incluidos.

	TDM	TP	TAS	TAG	FE	TEPT	TOC	TLP	Total
Búsqueda bibliográfica									
Registros identificados, n	33.181	Para todos los trastornos de ansiedad: 19.535				36.108	11.235	11.827	111.886
Registros una vez descartados los duplicados, n	23.243	Para todos los trastornos de ansiedad: 13.328				14.369	7.752	5.867	64.559
Textos completos evaluados, n	3.987	Para todos los trastornos de ansiedad: 1.378				2.138	573	228	8.304
Estudios y pacientes incluidos									
Estudios, n	159	48	52	48	22	69	22	21	441
Comparaciones, n	196	71	74	61	32	87	26	22	569
Pacientes, N	14.908	3.559	4.053	3.773	1.189	2.986	1.011	1.525	33.881
Pacientes en terapia, N	8.362	2.236	2.593	2.162	711	2.325	585	795	19.769
Pacientes en la condición de control, N	6.546	1.323	1.460	1.611	478	1.538	426	730	14.112
Características de los estudios incluidos									
Reclutamiento clínico, n (%)	63 (38,9)	17 (35,4)	4 (7,7)	20 (41,7)	1 (4,2)	31 (44,9)	7 (31,8)	18 (85,7)	160 (36,3)
Edad, años (media±DE)	42,2±13,1	37,3±3,8	34,3±6,0	41,9±12,1	32,8±10,8	39,1±7,9	34,5±4,6	31,9±5,6	39,0±10,7
Proporción de mujeres (media±DE)	0,72±0,2	0,71±0,1	0,56±0,1	0,72±0,1	0,75±0,2	0,58±0,4	0,57±0,2	0,83±0,1	0,67±0,2
Tipo de control, n (%)									
Lista de espera	68 (42,0)	36 (75,0)	44 (84,6)	34 (70,8)	23 (95,8)	54 (79,3)	16 (72,7)	0	270 (61,2)
Cuidado habitual	89 (54,9)	6 (12,5)	4 (7,7)	11 (22,9)	1 (4,2)	13 (18,8)	4 (18,2)	21 (100,0)	149 (33,8)
Píldora placebo	5 (3,1)	6 (12,5)	4 (7,7)	3 (6,2)	0	2 (3,9)	2 (9,1)	0	22 (5,0)
País, n (%)									
Norteamérica	51 (31,5)	24 (50,0)	18 (34,6)	19 (39,6)	13 (54,2)	37 (53,6)	6 (27,3)	7 (33,3)	172 (39,0)
Europa	66 (40,7) 1	9 (39,6)	21 (40,4)	18 (37,5)	9 (37,5)	17 (24,6)	7 (31,8)	12 (57,1)	166 (37,6)
Otro	45 (27,8)	5 (10,4)	13 (25,0)	11 (22,9)	2 (8,3)	15 (21,7)	9 (40,9)	2 (9,5)	103 (23,4)
Riesgo de sesgo (RoB)									
Herramienta RoB	Versión 1	Versión 2	Versión 2	Versión 2	Versión 2	Versión 2	Versión 2	Versión 2	
Definición de RoB bajo	Riesgo bajo para cuatro puntos básicos	En general RoB bajo	En general RoB bajo	En general RoB bajo	En general RoB bajo	En general RoB bajo	En general RoB bajo o algunas preocupaciones	En general RoB bajo o algunas preocupaciones	
RoB bajo, n (%)	64 (39,5)	3 (6,2)	4 (7,7)	8 (16,7)	3 (12,5)	6 (8,7)	3 (13,6)	2 (9,5)	93 (21,1)
Características de las intervenciones									
Formato, n (%)									
Individual	80 (40,8)	39 (54,9)	29 (39,2)	34 (55,7)	23 (71,9)	70 (80,5)	12 (46,2)	8 (36,4)	295 (51,8)
Grupo	60 (30,6)	15 (21,2)	25 (33,8)	14 (23,0)	0	8 (9,2)	0	0	122 (21,4)
Autoayuda guiada	34 (17,3)	12 (16,9)	17 (23,0)	13 (21,3)	1 (3,1)	5 (5,7)	4 (15,4)	0	86 (15,1)
Otros/mixtos	22 (11,2)	5 (7,0)	3 (4,1)	0	8 (25,0)	4 (4,6)	10 (38,5)	14 (63,4)	66 (11,6)
Sesiones, n (media±DE)	10,6±5,6	9,6±3,8	11,4±5,3	11,3±5,6	3,3±3,1	10,0±5,1	12,4±7,0	53,6±42,6	11,8±8,5

TDM, trastorno depresivo mayor; TP, trastorno de pánico; TAS, trastorno de ansiedad social; TAG, trastorno de ansiedad generalizada; FE, fobia específica; TEPT, trastorno de estrés postraumático; TOC, trastorno obsesivo-compulsivo; TLP, trastorno límite de personalidad.

considerada la estimación más conservadora. Se realizaron análisis de sensibilidad en los que solo se incluyeron los participantes que completaron el estudio, o se consideraron respondedores todos los pacientes que abandonaron el estudio.

Se calcularon las tasas de respuesta mediante un método validado que utiliza las medias y desviaciones estándar de las variables continuas al inicio y después de la prueba, y el número de pacientes después de la prueba²⁴. Este método de estimación de las tasas de

respuesta se ha probado en cinco metaanálisis de tratamientos de la depresión y la ansiedad^{24,30}, dando como resultado correlaciones de entre 0,94 y 0,97 entre las tasas de respuesta estimadas y las reales.

Metaanálisis

Se agruparon las tasas de respuesta mediante la función *meta-prop* del paquete *meta* en R (versión 4.2.2) y se realizaron todos los análisis en RStudio (2023.03.0+386). Los datos de proporción binomial se transformaron primero a una escala logit y, a continuación, se realizaron metaanálisis de efectos aleatorios para los datos transformados. Por último, los resultados resumidos se invirtieron a la escala de proporción binomial bruta, y se comunicaron las estimaciones y sus intervalos de confianza (IC) del 95%. Dado que se esperaba una heterogeneidad considerable, se empleó un modelo de agrupación de efectos aleatorios en todos los análisis (método de máxima verosimilitud restringida).

Después de metaanalizar las tasas de respuesta, se agrupó el RR de la intervención sobre la condición de control en todos los estudios incluidos mediante la función *metabin*. Los NNT se calcularon utilizando el RR agrupado y la tasa de respuesta en el grupo de control³¹.

Se realizaron cinco análisis de sensibilidad: dos con las estimaciones menos conservadoras de las tasas de respuesta (es decir, incluyendo solo a los que completaron el estudio, o considerando como respondedores a todos los que lo abandonaron), uno en el que se excluyeron los valores atípicos (estudios en los que el IC del 95% de las tasas no se solapaba con el IC del 95% de las tasas agrupadas), uno que incluía solo estudios con RoB bajo, y uno que se ajustaba por sesgo de publicación. Como indicador de heterogeneidad, se calculó el estadístico I^2 y su IC del 95%³². Se examinó el posible sesgo de publicación mediante la prueba de la intersección de Egger y el procedimiento de recorte y relleno de Duval y Tweedie.

Se realizó una serie de análisis de subgrupos, utilizando métodos de efectos mixtos, teniendo en cuenta el tipo de psicoterapia, el formato de tratamiento, si los participantes fueron reclutados exclusivamente a partir de muestras clínicas, el tipo de condición de control y el país en que se realizó el estudio. En la medida de lo posible, se evitaron los subgrupos con menos de cinco estudios, agrupándolos en subgrupos más grandes.

RESULTADOS

Selección, inclusión y características de los estudios incluidos

Las búsquedas en todos los trastornos dieron como resultado 111.886 registros (64.559 tras eliminar los duplicados), se recuperaron 8.304 documentos a texto completo y se incluyeron 441 estudios (ver en Tabla 1 una visión general, y en la información complementaria el diagrama de flujo relativo a cada trastorno). El número de estudios incluidos osciló entre 159 (para TDM) y 21 (para TLP). Dado que en varios estudios se compararon dos o más intervenciones con un grupo de control, el número de comparaciones fue mayor (total: 569, entre 196 para TDM y 22 para TLP). El número de pacientes incluidos fue de 33.881 (19.769 en condiciones de tratamiento y 14.112 en condiciones de control), oscilando entre 1.011 en TOC y 14.908 en el conjunto de datos de TDM.

La proporción de pacientes reclutados exclusivamente en entornos clínicos osciló entre el 4,2% para la fobia específica y el 85,7% para TLP, y fue del 36,3% en todos los trastornos. La edad media global fue de 39,0±10,7 años (rango: 31,9±5,6 para TLP a 42,2±13,1 para TDM). La proporción global de mujeres fue del 67% (rango: 56% para el trastorno de ansiedad social a 83% para TLP).

El tipo de condición de control varió considerablemente entre los conjuntos de datos. La lista de espera se utilizó en la mayoría de los ensayos en los 4 trastornos de ansiedad (70,8% a 95,8%), TEPT (79,3%) y TOC (72,7%), pero con menos frecuencia en TDM (42,0%) y no se utilizó en absoluto en TLP. La pastilla placebo se utilizó solo en una pequeña proporción de estudios (5,0% en total), mientras que el cuidado habitual fue la condición de control más utilizada en TDM (54,9%) y TLP (100%). La mayoría de los ensayos se realizaron en Norteamérica (39,0%) o Europa (37,6%).

En la mitad de las intervenciones se utilizó un formato individual (51,8%; rango: 36,4% para TLP a 80,5% para TEPT). Las terapias de grupo no se utilizaron en absoluto en algunos trastornos (TLP, fobia específica y TOC) y oscilaron entre el 9,2% para TEPT y el 33,8% para el trastorno de ansiedad social. La autoayuda guiada no se utilizó en TLP, y osciló entre el 3,1% para la fobia específica y el 23,0% para el trastorno de ansiedad social. El número medio de sesiones en todos los trastornos fue de 11,8±8,5 (rango: 3,3±3,1 para la fobia específica a 53,6±42,6 para TLP). La proporción de estudios con RoB bajo osciló entre el 6,2% para el trastorno de pánico y el 39,5% para TDM, pero esto debe considerarse con precaución, porque la definición de RoB bajo difirió entre los conjuntos de datos.

Tasas de respuesta

Las tasas de respuesta en las condiciones de psicoterapia fueron de 0,42 (IC 95%: 0,39-0,45) para TDM; 0,38 (IC 95%: 0,33-0,43) para TEPT; 0,38 (IC 95%: 0,30-0,47) para TOC; 0,38 (IC 95%: 0,33-0,43) para el trastorno de pánico; 0,36 (IC 95%: 0,30-0,42) para TAG; 0,32 (IC 95%: 0,29-0,37) para el trastorno de ansiedad social; 0,32 (IC 95%: 0,23-0,42) para la fobia específica; y 0,24 (IC 95%: 0,15-0,36) para TLP (Tabla 2 y Figura 1). La heterogeneidad fue de moderada a alta para todos los trastornos (I^2 osciló entre el 65% para TOC y el 82% para TDM y TLP).

Cuando las tasas de respuesta se basaron en la suposición menos conservadora de que todos los abandonos eran participantes respondedores, los resultados fueron más positivos (0,48 para TDM; 0,49 para TEPT; 0,44 para TOC; 0,42 para el trastorno de pánico; 0,40 para TAG; 0,33 para el trastorno de ansiedad social; 0,35 para la fobia específica y 0,35 para TLP). La heterogeneidad siguió siendo de moderada a grande (rango I^2 : 63% a 80%). Las tasas de respuesta basadas únicamente en los participantes que completaron el estudio fueron de 0,44 para TDM; 0,42 para TEPT; 0,40 para TOC; 0,40 para el trastorno de pánico; 0,37 para TAG; 0,34 para el trastorno de ansiedad social; 0,33 para la fobia específica; y 0,26 para TLP (intervalo I^2 : 64% a 80%).

Los análisis de sensibilidad indicaron que el número de estudios con RoB bajo fue muy pequeño en todos los trastornos, excepto en el TDM (Tabla 3). Para esta afección, la tasa de respuesta a las psicoterapias en estudios con RoB bajo fue algo menor que en los análisis principales, pero no sustancialmente (0,37; IC 95%: 0,33-0,42). La exclusión de valores atípicos no produjo cambios importantes en las tasas de respuesta (todas las diferencias con respecto a los análisis principales fueron inferiores a 0,06). Lo

Tabla 2 Tasas de respuesta y resultados relativos en todas las psicoterapias y todos los trastornos.

	Todas las psicoterapias				Todos los grupos de control				Resultados relativos							
	n	Tasa de respuesta	IC 95%	P (%)	IC 95%	n	Tasa de respuesta	IC 95%	P (%)	IC 95%	RR	P (%)	IC 95%	NNT	IC 95%	
Principales resultados																
TDM	196	0,42	0,39-0,45	82	79-84	162	0,19	0,17-0,21	72	67-76	2,09	1,91-2,28	40	29-50	4,8	4,1-5,8
TAS	74	0,32	0,29-0,37	66	56-73	52	0,12	0,09-0,14	45	23-60	2,74	2,36-3,18	0	0-28	4,8	3,8-6,1
TP	71	0,38	0,33-0,43	77	71-82	48	0,16	0,13-0,20	61	46-71	2,24	1,86-2,69	47	31-60	5,0	3,7-7,3
TAG	61	0,36	0,30-0,42	74	67-80	48	0,15	0,11-0,19	71	61-78	2,28	1,85-2,81	24	0-45	5,2	3,7-7,8
FE	32	0,32	0,23-0,42	78	70-84	22	0,09	0,06-0,12	0	0-46	3,40	2,35-4,92	0	0-0,40	4,6	2,8-8,2
TEPT	87	0,38	0,33-0,43	74	68-79	69	0,10	0,08-0,13	44	25-58	3,09	2,62-3,65	0	0-26	4,8	3,8-6,2
TOC	26	0,38	0,30-0,47	65	47-77	22	0,05	0,03-0,07	0	0-46	9,28	6,40-13,48	0	0-43	2,4	1,6-3,7
TLP	22	0,24	0,15-0,36	82	73-87	21	0,15	0,10-0,21	75	61-83	1,47	0,90-2,39	27	0-57	14,2	-
Todos los desertores considerados como respondedores																
TDM	196	0,48	0,45-0,51	80	77-83	162	0,23	0,20-0,26	78	75-81	1,99	1,81-2,18	51	43-59	4,4	3,7-5,4
TAS	74	0,33	0,29-0,37	66	56-73	52	0,12	0,09-0,14	45	23-60	2,74	2,36-3,18	0	0-28	4,8	3,8-6,1
TP	71	0,42	0,37-0,48	80	75-84	48	0,18	0,15-0,23	70	60-78	2,19	1,87-2,57	49	33-62	4,7	3,5-6,4
TAG	61	0,40	0,34-0,46	76	69-81	48	0,17	0,13-0,22	69	59-77	2,18	1,80-2,65	57	43-68	5,0	3,6-7,4
FE	32	0,35	0,25-0,46	79	71-85	22	0,09	0,07-0,13	1	0-46	3,40	2,35-4,92	0	0-0,40	4,6	2,8-8,2
TEPT	87	0,49	0,44-0,54	71	65-77	69	0,17	0,14-0,20	55	41-66	2,75	2,36-3,20	22	0-44	3,4	2,7-4,3
TOC	26	0,44	0,36-0,52	63	44-76	22	0,10	0,07-0,15	15	0-49	4,10	2,79-6,02	0	0-43	3,2	2,0-5,6
TLP	22	0,35	0,25-0,47	78	67-85	21	0,23	0,17-0,31	71	55-81	1,48	1,09-2,02	23	0-54	8,2	3,8-43,5
Solamente los que terminaron																
TDM	196	0,44	0,41-0,48	80	77-82	162	0,20	0,18-0,22	72	67-76	2,12	1,93-2,32	42	31-51	4,5	3,8-5,4
TAS	74	0,34	0,30-0,38	68	59-75	52	0,12	0,09-0,15	47	27-62	2,73	2,34-3,17	0	0-28	4,8	3,8-6,2
TP	71	0,40	0,35-0,45	78	72-82	48	0,16	0,13-0,21	64	51-73	2,27	1,89-2,72	48	31-60	4,9	3,6-7,0
TAG	61	0,37	0,31-0,44	75	68-80	48	0,15	0,12-0,20	67	55-75	2,29	1,86-2,82	46	26-60	5,2	3,7-7,8
FE	32	0,33	0,24-0,43	77	68-83	32	0,09	0,06-0,13	0	0-46	3,45	2,37-5,01	0	0-0,40	4,5	2,8-8,1
TEPT	87	0,42	0,38-0,47	68	60-74	69	0,11	0,09-0,14	40	20-56	3,48	2,97-4,08	0	0-26	3,7	3,0-4,6
TOC	26	0,40	0,32-0,49	64	45-76	22	0,05	0,03-0,08	0	0-46	9,28	6,42-13,40	0	0-43	2,4	1,6-3,7
TLP	22	0,26	0,17-0,39	79	70-86	21	0,16	0,11-0,23	72	57-82	1,50	0,95-2,37	24	0-55	12,5	-

RR, riesgo relativo; NNT, número necesario a tratar; TDM, trastorno depresivo mayor; TAS, trastorno de ansiedad social; TP, trastorno de pánico; TAG, trastorno de ansiedad generalizada; FE, fobia específica; TEPT, trastorno de estrés posttraumático; TOC, trastorno obsesivo-compulsivo; TLP, trastorno límite de personalidad.

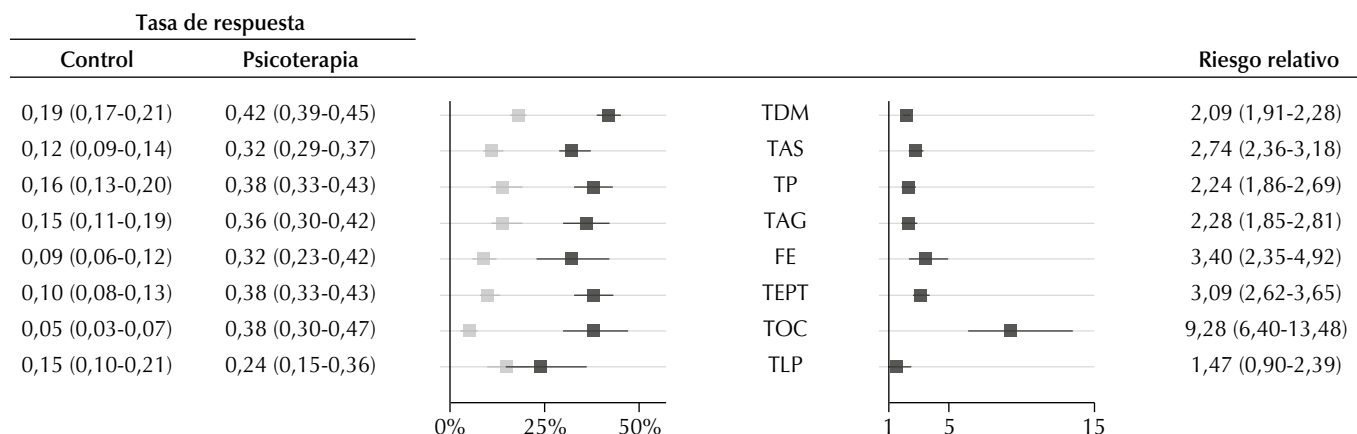


Figura 1 Tasas de respuesta y riesgos relativos de respuesta a psicoterapias (con IC del 95% entre paréntesis). TDM, trastorno depresivo mayor; TAS, trastorno de ansiedad social; TP, trastorno de pánico; TAG, trastorno de ansiedad generalizada; FE, fobia específica; TEPT, trastorno de estrés postraumático; TOC, trastorno obsesivo-compulsivo; TLP, trastorno límite de personalidad. Los recuadros grises indican las condiciones de control y los recuadros negros las psicoterapias.

mismo se aplicó al ajuste por sesgo de publicación (todas las diferencias $<0,08$), excepto para el TLP, que tuvo una tasa de respuesta considerablemente mayor tras el ajuste (0,38 vs. 0,24).

Las tasas generales de respuesta para las condiciones de control oscilaron entre 0,05 para TOC y 0,19 para TDM, con una heterogeneidad (I^2) que osciló entre 0% para la fobia específica y TOC y 75% para TLP. Las tasas fueron más altas cuando todos los abandonos se consideraron respondedores (rango: 0,09 a 0,23; I^2 rango: 1% a 78%), e intermedias cuando solo se incluyeron los participantes que completaron el estudio (rango: 0,05 a 0,20; I^2 rango: 0% a 72%) (Tabla 2 y Figura 1).

Las tasas de respuesta para las condiciones de control en los estudios con RoB bajo fueron comparables a las de los análisis principales, excepto para TLP, que tuvo una tasa sustancialmente mayor en estos estudios (0,25 vs. 0,15). Sin embargo, esto se basó en solo tres estudios. La exclusión de valores atípicos no dio lugar a diferencias importantes con los análisis principales. El ajuste por sesgo de publicación dio lugar a tasas superiores a las de los análisis principales (Tabla 3).

Los análisis de subgrupos mostraron que el tipo de psicoterapia se asoció con tasas de respuesta diferenciales para el TDM ($p<0,001$), trastorno de pánico ($p=0,02$), fobia específica ($p=0,003$) y TEPT ($p<0,001$), pero no para el trastorno de ansiedad social ($p=0,12$), TAG ($p=0,31$), TOC ($p=0,65$) y TLP ($p=0,59$) (Tabla 4). También se hallaron tasas de respuesta significativamente diferentes para el formato de tratamiento en el TDM, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, TAG, fobia específica y TEPT, pero no para TOC y TLP (ver información complementaria). El reclutamiento a partir de muestras clínicas se asoció con una tasa de respuesta significativamente menor en TDM y TOC, pero no en los demás trastornos (ver información complementaria). Se encontraron diferencias significativas entre las tasas de respuesta de los distintos países en el caso de TDM, trastorno de pánico, fobia específica y TLP, pero no en los demás trastornos (ver información complementaria). Las tasas de respuesta difirieron significativamente según el tipo de condición de control para TDM, trastorno de pánico y TEPT, pero no para el trastorno de ansiedad social, TAG y TOC. Todos los ensayos sobre TLP tuvieron como condición de control el cuidado habitual, y todos los ensayos sobre fobia específica, excepto uno, utilizaron la lista de espera (ver información complementaria).

RR y NNT

Excepto para TLP, todos los RR de las psicoterapias fueron significativos. Fueron 2,09 (IC 95%: 1,91-2,28) para TDM; 3,09 (IC 95%: 2,62-3,65) para TEPT; 9,28 (IC 95%: 6,40-13,48) para TOC; 2,24 (IC 95%: 1,86-2,69) para el trastorno de pánico; 2,28 (IC 95%: 1,85-2,81) para TAG; 2,74 (IC 95%: 2,36-3,18) para el trastorno de ansiedad social; 3,40 (IC 95%: 2,35-4,92) para la fobia específica; y 1,47 (IC 95%: 0,90-2,39) para TLP (Tabla 2 y Figura 1). La heterogeneidad fue de baja a moderada en todos los trastornos (rango de I^2 : 0% a 47%).

Los NNT para los resultados significativos fueron 4,8 (IC 95%: 4,1-5,8) para TDM; 4,8 (IC 95%: 3,8-6,2) para TEPT; 2,4 (IC 95%: 1,6-3,7) para TOC; 5,0 (IC 95%: 3,7-7,3) para el trastorno de pánico; 5,2 (IC 95%: 3,7-7,8) para TAG; 4,8 (IC 95%: 3,8-6,1) para el trastorno de ansiedad social; y 4,6 (IC 95%: 2,8-8,2) para la fobia específica.

Los RR de los estudios con RoB bajo y de los análisis en los que se excluyeron los valores atípicos fueron muy comparables a los de los análisis principales (todos fueron significativos excepto para TLP), aunque el RR para TLP también fue significativo cuando se excluyeron los valores atípicos. En los análisis en que se ajustó el sesgo de publicación, todos los RR resultantes fueron menores que en los análisis principales, y el RR dejó de ser significativo para el trastorno de pánico (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Se realizó un amplio estudio metaanalítico para evaluar los resultados absolutos y relativos de las psicoterapias en 8 trastornos mentales principales. Las tasas de respuesta en los grupos de tratamiento variaron de 0,24 para TLP a 0,42 para TDM, mientras que las tasas para los otros 6 trastornos oscilaron entre 0,32 y 0,39. La mayoría de los análisis de sensibilidad apoyaron ampliamente estos hallazgos, aunque el número de ensayos con RoB bajo fue pequeño, y en varias muestras se identificaron indicios significativos de sesgo de publicación. Las tasas de respuesta agrupadas en las tres condiciones de control oscilaron entre 0,05 para TOC y 0,19 para TDM. Los resultados relativos encontrados en términos de RR fueron significativos para todos los trastornos, excepto para TLP.

Tabla 3 Resultados de los análisis de sensibilidad.

		Todas las psicoterapias				Todos los grupos de control				Resultados relativos							
		Tasa de respuesta		n	IC 95%	P (%)	Tasa de respuesta		IC 95%	P (%)	IC 95%	RR	IC 95%	P (%)	IC 95%	NNT	IC 95%
n																	
Solamente RoB bajo																	
TDM	71	0,37	0,33-0,42	86	83-88	64	0,19	0,16-0,22	75	68-80	1,82	1,61-2,06	25	0-45	6,4	5,0-8,6	
TAS	5	0,76	0,32-0,95	89	78-95	4	0,14	0,04-0,38	73	23-90	3,50	1,23-9,90	10	0-81	2,9	0,8-31,1	
TP	4	0,22	0,14-0,32	74	27-91	4	0,14	0,04-0,38	73	23-90	1,89	0,50-7,05	39	0-79	9,4	-	
TAG	9	0,44	0,28-0,60	82	67-90	8	0,17	0,13-0,23	29	0-68	2,30	1,64-3,25	13	0-54	4,5	2,6-9,2	
FE	3	0,36	0,14-0,66	86	60-95	3	0,08	0,03-0,17	9	0-91	5,44	0,33-90,19	51	0-86	2,8	-	
TEPT	7	0,43	0,31-0,55	66	24-85	6	0,09	0,06-0,15	0	0-75	3,62	1,71-7,63	18	0-62	4,2	1,7-15,6	
TOC	3	0,44	0,21-0,71	62	0-89	3	0,09	0,03-0,24	0	0-90	5,24	0,07-406,51	0	0-90	2,6	-	
TLP	4	0,49	0,20-0,78	90	77-96	3	0,25	0,07-0,59	87	64-96	1,45	0,72-2,91	69	10-89	8,9	-	
Excluidos valores atípicos																	
TDM	133	0,41	0,39-0,43	31	14-45	131	0,18	0,17-0,20	29	11-43	2,22	2,03-2,42	0	0-19	4,6	3,9-5,4	
TAS	63	0,31	0,29-0,34	14	0-38	49	0,11	0,09-0,13	0	0-33	2,89	2,49-3,36	0	0-28	4,8	3,9-6,1	
TP	55	0,35	0,32-0,38	37	13-55	42	0,15	0,12-0,18	32	0-53	2,31	1,92-2,78	0	0-29	5,1	3,7-7,2	
TAG	46	0,37	0,34-0,41	43	19-60	45	0,14	0,11-0,17	37	9-56	2,47	2,02-3,03	0	0-31	4,9	3,5-7,0	
FE	26	0,24	0,19-0,30	39	2-62	22	0,09	0,06-0,12	0	0-46	3,40	2,35-4,92	0	0-40	4,6	2,8-8,2	
TEPT	63	0,37	0,34-0,41	40	19-56	66	0,10	0,09-0,12	0	0-29	3,24	2,76-3,80	0	0-27	4,5	3,6-5,7	
TOC	23	0,36	0,31-0,42	36	0-62	22	0,05	0,03-0,07	0	0-46	9,28	6,40-13,48	0	0-43	2,4	1,6-3,7	
TLP	17	0,20	0,14-0,28	69	49-81	19	0,13	0,10-0,18	31	0-61	1,61	1,07-2,42	14	0-49	12,6	5,4-109,9	
Ajustados por sesgo de publicación																	
TDM	206	0,44	0,41-0,48	84	82-85	217	0,25	0,22-0,28	75	72-78	1,63	1,45-1,84	54	47-60	6,3	4,8-8,9	
TAS	90	0,37	0,33-0,42	70	62-75	72	0,15	0,12-0,18	45	27-58	NC				NC		
TP	71	0,38	0,33-0,44	77	71-82	66	0,23	0,18-0,29	64	53-72	1,29	0,96-1,73	55	43-64	15,0	-	
TAG	68	0,40	0,33-0,46	76	70-81	68	0,24	0,18-0,31	73	66-79	1,66	1,26-2,20	31	9-47	6,3	3,5-16,0	
FE	40	0,40	0,30-0,51	78	70-84		NC				2,94	1,97-4,38	0	0-36	5,7	3,3-11,5	
TEPT	95	0,41	0,35-0,46	75	69-79	98	0,15	0,12-0,18	49	35-59	2,25	1,80-2,82	11	0-29	5,3	3,7-8,3	
TOC	28	0,41	0,32-0,51	70	55-79	30	0,06	0,04-0,08	0	0-41	7,58	5,11-11,24	0	0-37	2,5	1,6-4,1	
TLP	29	0,38	0,24-0,56	84	78-88	31	0,27	0,16-0,42	77	68-84	1,21	0,67-2,19	25	0-53	17,6	-	

RoB, riesgo de sesgo; RR, riesgo relativo; NNT, número necesario a tratar; TDM, trastorno depresivo mayor; TAS, trastorno de ansiedad social; TP, trastorno de pánico; TAG, trastorno de ansiedad generalizada; FE, fobia específica; TEPT, trastorno de estrés posttraumático; TOC, trastorno obsesivo-compulsivo; TLP, trastorno límite de personalidad.

Tabla 4 Tasas de respuesta y resultados relativos para tipos específicos de psicoterapias.

		n	Tasa de respuesta	IC 95%	p	I ² (%)	RR	IC 95%	I ² (%)	NNT	IC 95%
TDM	TCC	110	0,44	0,39-0,48	<0,001	83	2,23	1,96-2,54	51	4,5	3,6-5,8
	Tercera ola	17	0,40	0,31-0,50		68	3,57	2,63-4,85	0	2,2	1,4-3,4
	BAT	9	0,53	0,42-0,65		74	2,13	1,35-3,36	24	4,9	2,4-15,9
	IPT	17	0,42	0,33-0,51		79	1,78	1,37-2,31	61	7,1	4,2-15,0
	PST	5	0,53	0,30-0,74		83	2,47	0,29-20,90	23	3,8	-
	SUP	6	0,36	0,17-0,60		88	1,38	0,94-2,04	0	14,6	-
	Controles	157	0,19	0,17-0,21		73					
TP	TCC	42	0,41	0,35-0,47	0,02	80	2,42	1,90-3,09	57	5,0	3,4-7,9
	BT	10	0,35	0,25-0,47		55	4,55	2,00-10,31	0	2,0	0,8-7,1
	Relajación	5	0,41	0,23-0,62		74	2,33	0,75-7,25	29	5,4	-
	Controles	42	0,16	0,13-0,20		61					
TAS	TCC	46	0,35	0,30-0,41	0,12	68	3,06	2,58-3,63	0	4,4	3,5-5,8
	Exposición	11	0,28	0,20-0,37		46	2,82	1,62-4,93	0	5,0	2,3-14,7
	Tercera ola	6	0,29	0,12-0,55		84	2,95	0,96-9,05	11	4,7	-
	Controles	48	0,12	0,09-0,14		48					
TAG	TC(C)	42	0,34	0,28-0,41	0,31	74	2,26	1,71-2,97	52	5,7	3,6-10,1
	Tercera ola	8	0,39	0,20-0,61		85	2,48	1,35-4,56	0	4,8	2,0-20,4
	Controles	45	0,15	0,11-0,19		72					
FE	Exposición	20	0,35	0,25-0,46	0,003	77	3,41	1,99-5,84	0	4,6	2,3-11,2
	TCC	7	0,39	0,15-0,71		87	4,61	2,14-9,93	0	3,1	1,2-9,7
	Controles	22	0,09	0,06-0,12		0					
TOC	TCC	13	0,38	0,31-0,45	0,65	50	8,68	5,36-14,07	0	2,6	1,5-4,6
	ERP	7	0,43	0,23-0,66		78	7,82	2,38-25,64	0	2,9	0,8-14,5
	Controles	20	0,05	0,03-0,07		0					
TLP	DBT	7	0,24	0,08-0,55	0,59	86	1,56	0,98-2,46	0	11,9	-
	Controles	21	0,15	0,10-0,21		75					
TEPT	TCC-TF	22	0,35	0,28-0,44	<0,001	69	2,57	2,12-3,12	0	6,4	4,7-8,9
	Exposición TF	21	0,36	0,29-0,44		62	3,90	2,91-5,22	0	3,4	2,4-5,2
	EMDR	9	0,34	0,19-0,53		71	4,19	1,90-9,21	21	3,1	1,2-11,1
	TCC-NTF	11	0,35	0,20-0,54		80	2,58	1,47-4,51	0	6,3	2,8-21,3
	TC-TF	8	0,52	0,33-0,70		83	5,32	3,11-9,08	0	2,3	1,2-4,7
	Controles	67	0,10	0,08-0,13		36					

No se incluyen comparaciones con pastilla placebo, porque las tasas de respuesta en este grupo diferían considerablemente de las de los otros grupos de control. RR, riesgo relativo; NNT, número necesario a tratar; TDM, trastorno depresivo mayor; TP, trastorno de pánico; TAS, trastorno de ansiedad social; TAG, trastorno de ansiedad generalizada; FE, fobia específica; TEPT, trastorno de estrés postraumático; TOC, trastorno obsesivo-compulsivo; TLP, trastorno límite de personalidad; TCC, terapia cognitivo-conductual; BAT, terapia de activación conductual; IPT, psicoterapia interpersonal; PST, terapia de resolución de problemas; SUP, terapia de apoyo; BT, terapia conductual; ERP, exposición y prevención de respuesta; DBT, terapia conductual dialéctica; TF, centrada en el trauma; EMDR, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares; NTF, no centrada en el trauma.

Estos resultados indican que, aunque la mayoría de las psicoterapias conducen a mejores resultados en comparación con las condiciones de control, las tasas de respuesta son moderadas. La mayoría de los pacientes que reciben psicoterapia en todos los trastornos no muestran una reducción de los síntomas de al menos el 50%. Esto significa que los profesionales clínicos a menudo tienen que probar varias intervenciones o pasar a terapias farmacológicas o combinadas para tratar a los pacientes de forma más eficaz. Lamentablemente, se ha investigado muy poco sobre estos tratamientos secuenciales.

Hubo diferencias significativas entre las psicoterapias en cuanto a la tasa de respuesta en el TDM, trastorno de pánico, fobia específica y TEPT. Solo se probó una psicoterapia (es decir, la terapia

conductual dialéctica) en el TLP, y su tasa de respuesta no fue significativamente superior a la condición de control de cuidado habitual, que suele consistir en un tratamiento intensivo, lo que sugiere que las psicoterapias específicas para TLP pueden tener un beneficio adicional limitado. Esta implicación, sin embargo, debe considerarse con cautela, porque algunos metaanálisis que se ocupan exclusivamente del TLP son más amplios y pueden dar una mejor estimación de los efectos de las psicoterapias^{16,17}.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. Esperábamos y encontramos altos niveles de heterogeneidad, aunque la mayoría de las tasas de respuesta fueron relativamente sólidas en una serie de análisis de sensibilidad. Se observó que el número de ensayos con RoB bajo era limitado, lo que significa que

los hallazgos deben tomarse con precaución. Los conjuntos de datos metaanalíticos incluidos también utilizaron diferentes formas de definir el RoB bajo, por lo que no se puede comparar el RoB entre los conjuntos de datos. Las tasas de respuesta no se informaron directamente en los estudios, pero se estimaron. Aunque el método adoptado ha sido bien validado, siguen siendo estimaciones y esto puede haber afectado a las tasas agrupadas. Solo se pudieron incluir ensayos que informaron datos suficientes para calcular las tasas de respuesta, y esto puede haber dado lugar a un sesgo de selección. Solo se examinaron las tasas de respuesta después del tratamiento y no se tuvo en cuenta el tiempo de seguimiento, lo que puede haber introducido heterogeneidad adicional. Además, elegimos una reducción de síntomas del 50% como resultado principal, que es el estándar en la depresión, pero puede no ser la mejor opción para otros trastornos, para los que no existen estándares claros^{25,26}. Por último, no se examinaron las diferencias entre estudios en cuanto a las características de los pacientes que pueden afectar a los resultados (p. ej., el género y la condición de veterano en el TEPT)³³.

Este es el primer metaanálisis de ensayos que examinan los efectos de las psicoterapias para ocho trastornos mentales diferentes, establecidos con una entrevista diagnóstica. También es el primero en informar de la medida absoluta de la tasa de respuesta junto a los resultados relativos, utilizando la misma definición de respuesta (número de pacientes con al menos un 50% de reducción de los síntomas entre el inicio y después de la prueba, dividido entre el número total de pacientes) en todos los trastornos mentales. Los resultados de este estudio pueden contribuir a mejorar la toma de decisiones clínicas y las herramientas de apoyo tecnológico³⁴.

Concluimos que la mayoría de las psicoterapias para los ocho trastornos mentales son eficaces en comparación con las condiciones de control, pero que las tasas de respuesta son moderadas, oscilando entre 0,24 para TLP y 0,42 para TDM. Es evidente que se necesitan intervenciones más efectivas, así como terapias para quienes no responden a un tratamiento de primera línea.

AGRADECIMIENTO

La información complementaria sobre este estudio está disponible en <https://osf.io/2htsv>.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022.
- Leichsenring F, Steinert C, Rabung S et al. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry* 2022;21:133-45.
- Cummings P. Arguments for and against standardized mean differences (effect sizes). *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165:592-6.
- Hieronymus F, Jauhar S, Østergaard SD. One (effect) size does not fit at all: interpreting clinical significance and effect sizes in depression treatment trials. *J Psychopharmacol* 2020;34:1074-8.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M et al. The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2021;144:288-99.
- Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *N Engl J Med* 1988;318:1728-33.
- Furukawa TA, Guyatt GH, Griffith LE. Can we individualize the 'number needed to treat'? An empirical study of summary effect measures in meta-analyses. *Int J Epidemiol* 2002;31:72-6.
- Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2019;394:240-8.
- Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016;316:2214-36.
- Kavousi M, Desai CS, Ayers C et al. Prevalence and prognostic implications of coronary artery calcification in low-risk women: a meta-analysis. *JAMA* 2016;316: 2126-34.
- Cuijpers P, Quero S, Noma H et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry* 2021;20:283-93.
- Furukawa TA, Shinohara K, Sahker E et al. Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2021;20:387-96.
- Mavranzeouli I, Megnin-Viggars O, Daly C et al. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med* 2020; 50:542-55.
- Hoppen TH, Jehn M, Holling H et al. The efficacy and acceptability of psychological interventions for adult PTSD: a network and pairwise meta-analysis of randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol* 2023;91:445-61.
- Reid JE, Laws KR, Drummond L et al. Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Compr Psychiatry* 2021;106:152223.
- Setkowski K, Palantza C, van Ballegooijen W et al. Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub) clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychol Med* 2023;53:3261-80.
- Cristea IA, Gentili C, Cotet CD et al. Efficacy of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:319-28.
- Papola P, Miguel C, Mazzaglia M et al. Psychotherapies for generalized anxiety disorders in adults: systematic review and network meta-analysis of randomized-controlled trials. *JAMA Psychiatry* 2023;81:250-9.
- Papola D, Ostuzzi G, Tedeschi F et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2021;221:507-19.
- Odgers K, Kershaw KA, Li SH et al. The relative efficacy and efficiency of single- and multi-session exposure therapies for specific phobia: a meta-analysis. *Behav Res Ther* 2022;159:104203.
- Van Dis EA, Van Veen SC, Hagenaaars MA et al. Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020;77:265-73.
- Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E et al. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry* 2016;15:245-58.
- Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM et al. Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2014;130:181-92.
- Furukawa TA, Cipriani A, Barbui C et al. Imputing response rates from means and standard deviations in meta-analyses. *Int Clin Psychopharmacol* 2005;20: 49-52.
- Loerinc AG, Meuret AE, Twohig MP et al. Response rates for CBT for anxiety disorders: need for standardized criteria. *Clin Psychol Rev* 2015;42:72-82.
- Varker T, Kartal D, Watson L et al. Defining response and nonresponse to posttraumatic stress disorder treatments: a systematic review. *Clin Psychol Sci Pract* 2020;27:e12355.
- Campbell LF, Norcross JC, Vasquez MJ et al. Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution. *Psychotherapy* 2013;50:98-101.
- Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011;343:d5928.
- Sterne JAC, Savovic J, Page MJ et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2019;366:14898.
- Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E et al. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry* 2020;19:92-107.
- Higgins JPT, Green S (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.1.0. Chichester: Wiley, 2011.
- Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ et al. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327:557-60.
- Watts BV, Schnurr PP, Mayo L et al. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2013;74:e541-50.
- Hallgren KA, Bauer AM, Atkins DC. Digital technology and clinical decision making in depression treatment: current findings and future opportunities. *Depress Anxiety* 2017;34:494-501.

DOI:10.1002/wps.21203

Efectividad en el mundo real de los antidepresivos, antipsicóticos y sus combinaciones en el tratamiento de mantenimiento de la depresión psicótica. Evidencia a partir de análisis intrasujeto de dos cohortes nacionales

Heidi Taipale^{1,3}, Johannes Lieslehto^{1,2}, Markku Lähtenvuo¹, Aleksí Hamina¹, Antti Tanskanen^{1,2}, Ellenor Mittendorfer-Rutz², Tapio Paljärvi¹, Marco Solmi⁴⁻⁷, Andrea Cipriani⁸⁻¹⁰, Christoph U. Correll^{7,11,12}, Jari Tiihonen^{1,2,13,14}

¹Department of Forensic Psychiatry, University of Eastern Finland, Niuvanniemi Hospital, Kuopio, Finland; ²Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ³School of Pharmacy, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland; ⁴Department of Psychiatry, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ⁵Regional Centre for Treatment of Eating Disorders and On Track: Champlain First Episode Psychosis Program, Department of Mental Health, Ottawa Hospital, Ottawa, ON, Canada; ⁶Ottawa Hospital Research Institute (OHRI) Clinical Epidemiology Program, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ⁷Department of Child and Adolescent Psychiatry, Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany; ⁸Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK; ⁹Oxford Precision Psychiatry Lab, NIHR Oxford Health Biomedical Research Centre, Oxford, UK; ¹⁰Oxford Health NHS Foundation Trust, Warneford Hospital, Oxford, UK; ¹¹Department of Psychiatry, Zucker Hillside Hospital, Glen Oaks, NY, USA; ¹²Department of Psychiatry and Molecular Medicine, Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Hempstead, NY, USA; ¹³Center for Psychiatry Research, Stockholm, Sweden; ¹⁴Neuroscience Center, University of Helsinki, Helsinki, Finland

La depresión psicótica (DP) es un trastorno mental grave que provoca discapacidad funcional y un alto riesgo de suicidio, pero se sabe muy poco sobre la eficacia comparativa de los medicamentos utilizados en su tratamiento de mantenimiento. El objetivo de este estudio fue investigar la eficacia comparativa de antipsicóticos y antidepresivos específicos, y sus combinaciones, sobre el riesgo de hospitalización psiquiátrica en personas con DP en la atención de rutina. Se identificaron personas de 16 a 65 años con un primer diagnóstico de DP a partir de registros nacionales finlandeses (años 2000-2018) y suecos (años 2006-2021) de atención hospitalaria, atención ambulatoria especializada, baja por enfermedad y pensión de invalidez. Las principales exposiciones fueron a antipsicóticos y antidepresivos específicos, y la principal medida de resultado fue la hospitalización psiquiátrica como marcador de recaída grave. El riesgo de hospitalización asociado a los periodos de uso vs. no uso de medicamentos (expresado como cociente de riesgo ajustado, HRa) se evaluó mediante un diseño intraindividual, utilizando a cada individuo como su propio control, y se analizó con modelos de Cox estratificados. Las dos cohortes nacionales se analizaron primero por separado y luego se combinaron mediante un metaanálisis de efectos fijos. La cohorte finlandesa incluyó 19.330 personas (edad media: 39,8±14,7 años; 57,9% mujeres) y la cohorte sueca 13.684 personas (edad media: 41,3±14,0 años; 53,5% mujeres). Los antidepresivos individuales asociados con un menor riesgo de recaída vs. la no utilización de antidepresivos fueron bupropión (HRa=0,73; IC 95%: 0,63-0,85), vortioxetina (HRa=0,78; IC 95%: 0,63-0,96) y venlafaxina (HRa=0,92; IC 95%: 0,86-0,98). Cualquier antipsicótico inyectable de acción prolongada (LAI) (HRa=0,60; IC 95%: 0,45-0,80) y clozapina (HRa=0,72; IC 95%: 0,57-0,91) se asociaron con un menor riesgo de recaída vs. la no utilización de antipsicóticos. Entre las monoterapias, solo vortioxetina (HRa=0,67; IC 95%: 0,47-0,95) y bupropión (HRa=0,71; IC 95%: 0,56-0,89) se asociaron con una disminución significativa del riesgo de recaída vs. la no utilización tanto de antidepresivos como de antipsicóticos. En un análisis exploratorio de las combinaciones de antidepresivos y antipsicóticos, se observó una disminución del riesgo de recaída en el caso de amitriptilina-olanzapina (HRa=0,45; IC 95%: 0,28-0,71), sertralina-quetiapina (HRa=0,79; IC 95%: 0,67-0,93) y venlafaxina-quetiapina (HRa=0,82; IC 95%: 0,73-0,91) vs. la no utilización de antidepresivos y antipsicóticos. Las benzodiacepinas y fármacos afines (HRa=1,29; IC 95%: 1,24-1,34) y la mirtazapina (HRa=1,17; IC 95%: 1,07-1,29) se asociaron con un mayor riesgo de recaída. Estos datos indican que, en el tratamiento de mantenimiento de la DP, bupropión, vortioxetina, venlafaxina, cualquier LAI, clozapina y solo unas pocas combinaciones específicas de antidepresivos y antipsicóticos se asocian con un menor riesgo de recaída. Estos hallazgos ponen en tela de juicio la recomendación actual de las guías de tratamiento de combinar un antipsicótico con un antidepresivo (sin más especificación) como tratamiento estándar para la DP.

Palabras clave: Depresión psicótica, antidepresivos, antipsicóticos, combinaciones de antidepresivos-antipsicóticos, tratamiento de mantenimiento, bupropión, vortioxetina, LAI, clozapina.

(Taipale H, Lieslehto J, Lähtenvuo M, Hamina A, Tanskanen A, Mittendorfer-Rutz E, et al. Real-world effectiveness of antidepressants, antipsychotics and their combinations in the maintenance treatment of psychotic depression. Evidence from within-subject analyses of two nationwide cohorts. *World Psychiatry* 2024;23:276-284)

La depresión mayor con rasgos psicóticos (como delirios o alucinaciones), también conocida como depresión psicótica (DP), es un trastorno mental grave con una prevalencia puntual estimada del 0,4%¹. Las personas de 18-27 años y de 58-65 años están sobre-representadas en la DP vs. la depresión grave no psicótica², y el trastorno también es relativamente frecuente entre personas >65 años¹. La DP se considera la forma más grave de trastorno depresivo mayor, debido a su alto riesgo de recaída y recidiva, así como de mortalidad, especialmente por suicidio y accidentes mortales¹⁻³.

La opinión prevalente actual, reflejada en las directrices de tratamiento, es que la DP debe tratarse con una combinación de un antidepresivo y un antipsicótico⁴, o con terapia electroconvulsiva⁵. Una reciente revisión Cochrane⁶ concluyó que la combinación anti-depresivo-antipsicótico puede ser más efectiva en el tratamiento

agudo de la DP que la monoterapia antidepresiva o antipsicótica. Sin embargo, las dos comparaciones se basaron, respectivamente, en solo cinco y cuatro ensayos controlados aleatorizados (ECA), y la certeza de la evidencia se calificó de baja a muy baja. En la revisión no se encontró evidencia de la superioridad de un antidepresivo o un antipsicótico sobre el placebo, pero ambas comparaciones se basaron en un solo estudio y la certeza de la evidencia se calificó como muy baja. Así pues, la recomendación de utilizar la combinación antidepresivo-antipsicótico tiene un respaldo limitado en la investigación. De hecho, hay informes que indican que, en la práctica clínica habitual, la monoterapia antidepresiva es el tratamiento más común para la DP aguda^{7,8}.

La mayoría de los pacientes se recuperan del episodio agudo de DP, y la principal carga de esta enfermedad proviene de su natura-

leza recurrente, que se traduce en sufrimiento crónico e incapacidad laboral⁹. Se sabe muy poco sobre la efectividad de los tratamientos de mantenimiento para la DP. El único ECA realizado hasta la fecha concluyó que olanzapina más sertralina era más eficaz en la prevención de recaídas que placebo más sertralina¹⁰. Además, solo una extensión de 15 semanas¹¹ de un ensayo aleatorizado agudo de 7 semanas¹², sin ciego, evaluó la eficacia de mantenimiento de una combinación de antidepresivos y antipsicóticos vs. una monoterapia antidepresiva en respondedores iniciales, sin que se encontraran diferencias entre los grupos.

Los datos sobre la eficacia comparativa de diferentes farmacoterapias en la DP son escasos para los episodios agudos y faltan para la prevención de recaídas. De hecho, incluso si solo se estudiaran los cinco antipsicóticos y antidepresivos más utilizados como monoterapia o como pares antipsicótico-antidepresivo, habría 35 opciones de tratamiento diferentes que evaluar. Se necesitarían miles de pacientes para alcanzar una potencia estadística suficiente. Aunque no sería viable reclutar una muestra de pacientes tan grande en un ECA, la evaluación de resultados relevantes en muestras grandes es posible en estudios observacionales que utilizan cohortes a nivel nacional. Sin embargo, no conocemos ninguna investigación observacional sobre la eficacia en el mundo real de antidepresivos y antipsicóticos o sus combinaciones en la prevención de recaídas de la DP.

El objetivo de este estudio fue investigar la efectividad comparativa de antipsicóticos y antidepresivos específicos, y sus combinaciones, sobre el riesgo de hospitalización psiquiátrica -considerada como indicador de recaída, como en estudios previos con datos del mundo real¹³⁻¹⁵- en personas con un primer episodio de DP.

MÉTODOS

Cohortes de pacientes

El estudio y los análisis se realizaron con datos de dos países, Finlandia y Suecia, que luego se metaanalizaron conjuntamente.

La cohorte finlandesa incluyó a personas con un primer episodio de DP diagnosticado en el período 2000-2018, a la edad de 16-65 años, sin diagnóstico previo de esquizofrenia ni trastorno bipolar (desde 1987), identificadas a partir de los registros nacionales finlandeses. La DP se definió sobre la base de los códigos F32.3 y F33.3 de la CIE-10. Los registros utilizados para la identificación de la cohorte fueron los de atención hospitalaria y ambulatoria especializada (Registro de Atención Médica), baja por enfermedad (Institución de la Seguridad Social, SII) y pensión de invalidez (SII y Centro de Pensiones).

Los datos de la cohorte se vincularon a otros registros de ámbito nacional, incluido el Registro de Prescripción, que contiene registros de dispensación de todos los medicamentos reembolsados. La vinculación de los datos fue realizada por los responsables del registro utilizando un número de identificación personal único, que se asigna a todos los residentes del país al nacer o inmigrar. Los datos fueron seudoanonimizados y no se contactó en modo alguno con los participantes. El estudio estaba exento de la aprobación del comité de ética en virtud de la legislación finlandesa. El proyecto de investigación fue revisado y aprobado por las instituciones responsables del mantenimiento de los registros: el Instituto Nacional Finlandés de Salud y Bienestar (635/5.05.00/2019), el SII de Finlandia (31/522/2019), el Centro Finlandés de Pensiones (19023) y Estadísticas de Finlandia (TK-53-56919).

La cohorte sueca incluyó a personas con un primer episodio de DP (códigos F32.3 y F33.3 de la CIE-10) diagnosticado en el período 2006-2021, a la edad de 16-65 años, sin diagnóstico previo de esquizofrenia ni trastorno bipolar (desde 1969). Se identificaron a partir del Registro Nacional de Pacientes (incluida la atención hospitalaria y ambulatoria especializada) y el registro MiDAS (incluida la baja por enfermedad y la pensión de invalidez). La entrada en la cohorte se limitó al año 2006, ya que el Registro de Medicamentos Prescritos se abrió en julio de 2005. El proyecto fue aprobado por la Junta Regional de Revisión Ética del Karolinska Institutet (2007/762-31 y 2021-06441-02).

Procedimientos

Para ambas cohortes, el seguimiento comenzó en el momento del primer diagnóstico (fecha de alta hospitalaria para aquellos que estaban hospitalizados en el momento del primer diagnóstico). Finalizó con la muerte, el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar o el fin de la vinculación de datos (31 de diciembre de 2018 para la cohorte finlandesa y 31 de diciembre de 2021 para la cohorte sueca), lo que ocurriera primero.

Las principales exposiciones fueron antidepresivos individuales (Anatomical Therapeutic Chemical, código ATC N06A) y antipsicóticos (N05A, excluido el litio). Todos los antipsicóticos inyectables de acción prolongada (LAI) se agruparon como “cualquier LAI”. El uso concomitante de múltiples antidepresivos se codificó como “politerapia AD”, y lo mismo se hizo para los antipsicóticos. Además, clasificamos los antipsicóticos en bloqueantes dopaminérgicos D2 débiles (aripirazol, clozapina, olanzapina y quetiapina, incluidas formas orales y LAI) y bloqueantes D2 fuertes (los demás)¹⁶.

Los periodos de utilización de fármacos (es decir, cuándo empezó y terminó el uso de fármacos) se construyeron con un método de modelo matemático validado llamado PRE2DUP¹⁷. Este método calcula los periodos de consumo de fármacos a partir de las fechas de dispensación, cantidades dispensadas y parámetros específicos del envase del fármaco, que definen los límites superior e inferior clínicamente relevantes para la dosis diaria. El método tiene en cuenta la regularidad de las compras individuales, la acumulación de existencias y los periodos de atención hospitalaria en los que los medicamentos son suministrados por la unidad asistencial y, por tanto, no se asientan en el registro.

La principal medida de resultado fue la hospitalización psiquiátrica (recaída), es decir, la hospitalización debida a cualquier trastorno mental (códigos F de la CIE-10), autolesión intencionada (X60-X84) o daño-envenenamiento con intención indeterminada (Y10-Y34). La medida de resultado secundaria fue la hospitalización debida a trastornos afectivos (códigos F30-F39 de la CIE-10). Los resultados se trataron como eventos recurrentes, lo que significa que podían ocurrir varias veces durante el seguimiento de la misma persona.

Análisis estadístico

Utilizamos un diseño intraindividual en el que cada persona actúa como su propio control para minimizar el sesgo de selección, ya que todos los factores invariables en el tiempo (como genética, género, antecedentes personales antes de la inclusión en la cohorte) se controlan automáticamente. El tiempo se pone a cero después de cada evento de resultado. Los modelos estratificados de Cox se

ajustaron por factores variables en el tiempo, que fueron el uso de otros medicamentos, el tiempo transcurrido desde el ingreso en la cohorte y el orden temporal de los tratamientos.

Los análisis de antidepresivos se ajustaron al uso concomitante de antipsicóticos y viceversa. En análisis secundarios, también se analizaron como exposiciones otros fármacos psicotrópicos -es decir, estabilizadores del estado de ánimo (carbamazepina, ácido valproico, lamotrigina y litio) y benzodiacepinas o fármacos afines (es decir, fármacos Z).

Los análisis se realizaron por separado en las cohortes finlandesa y sueca. A continuación, los resultados se combinaron mediante un metaanálisis de efectos fijos. En los análisis específicos de fármacos antidepresivos, la categoría de referencia fue el no uso de antidepresivos; en los análisis específicos de fármacos antipsicóticos, fue el no uso de antipsicóticos. Se realizaron análisis adicionales como comparaciones directas con el antidepresivo (es decir, mirtazapina) o el antipsicótico (es decir, quetiapina) más utilizado.

Para los análisis de “solo antidepresivo” (sin antipsicótico concomitante, denominado “monoterapia” antidepresiva) y “solo antipsicótico” (“monoterapia antipsicótica”), así como para las combinaciones de dos fármacos antidepresivo-antipsicótico, la categoría de referencia fue el no uso tanto de antidepresivos como de antipsicóticos. En estos análisis, también se volvieron a analizar todas las categorías monofármaco (p. ej., solo citalopram, sin ningún antipsicótico concomitante), ya que la categoría de referencia era diferente de los análisis específicos de fármacos.

Se realizaron análisis de sensibilidad censurando los primeros 30 días de todas las exposiciones, para tener en cuenta el sesgo protopático (es decir, los fármacos suelen iniciarse cuando los síntomas están empeorando) y porque el efecto terapéutico completo tarda en producirse. Además, se realizaron análisis de sensibilidad en los que se excluyó a las personas que recibieron un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar durante el seguimiento, para garantizar que no influyeran en los resultados. Por último, se realizaron análisis de sensibilidad en los que se omitió el uso de dosis

Tabla 1 Riesgo de hospitalización psiquiátrica asociado a antidepresivos y antipsicóticos específicos en cohortes finlandesas y suecas.

	Cohorte finlandesa				Cohorte sueca			
	Eventos	Usuarios	PA	HRa (IC 95%)	Eventos	Usuarios	PA	HRa (IC 95%)
Antidepresivos								
Bupropión	184	1.208	1.077	0,74 (0,59-0,93)	213	1.030	879	0,73 (0,60-0,88)
Vortioxetina	93	638	320	0,77 (0,57-1,06)	111	472	433	0,78 (0,59-1,03)
Sertralina	920	2.622	4.470	0,86 (0,77-0,97)	1.310	3.594	5.593	1,01 (0,91-1,13)
Venlafaxina	3.069	5.454	11.970	0,91 (0,84-0,98)	1.337	2.704	5.145	0,94 (0,84-1,05)
Duloxetina	584	1.545	2.233	0,97 (0,84-1,12)	695	1.603	2.389	1,07 (0,94-1,22)
Fluoxetina	632	1.679	2.232	0,99 (0,86-1,14)	682	1.346	2.001	1,06 (0,92-1,21)
Paroxetina	444	1.022	1.786	1,00 (0,84-1,18)	206	419	699	1,09 (0,85-1,40)
Citalopram	1.254	3.434	6.325	1,00 (0,90-1,11)	408	1.535	2.158	1,15 (0,96-1,38)
Escitalopram	1.410	4.163	5.718	1,01 (0,91-1,11)	879	2.418	3.412	1,04 (0,92-1,17)
Politerapia antidepresiva	5.469	9.595	13.408	1,01 (0,94-1,08)	3.794	7.272	10.036	1,02 (0,94-1,10)
Amitriptilina	221	811	961	1,07 (0,87-1,33)	172	742	724	0,90 (0,70-1,16)
Mirtazapina	1.914	5.414	6.544	1,11 (1,02-1,21)	1.203	3.760	3.840	1,17 (1,06-1,30)
No uso de antidepresivos	6.921	15.604	60.159	Referencia	5.663	11.219	40.512	Referencia
Antipsicóticos								
Cualquier LAI	42	108	135	0,43 (0,28-0,67)	51	88	71	0,77 (0,52-1,13)
Clozapina	109	111	201	0,76 (0,58-0,99)	40	39	108	0,61 (0,38-0,98)
Levomepromazina	460	808	1.071	0,93 (0,81-1,07)	293	626	516	1,06 (0,89-1,26)
Quetiapina	4.784	8.145	16.686	0,93 (0,88-1,00)	1.492	2.945	3.842	1,02 (0,93-1,11)
Olanzapina	2.079	3.775	5.956	0,99 (0,91-1,08)	1.963	4.751	5.263	0,98 (0,90-1,07)
Politerapia antipsicótica	3.473	5.390	5.225	1,04 (0,97-1,12)	1.827	2.933	2.231	1,11 (1,02-1,21)
Perfenazina	433	1.160	1.501	1,05 (0,90-1,24)	46	106	105	0,81 (0,49-1,32)
Aripiprazol	484	1.088	1.160	1,07 (0,93-1,24)	553	1.511	1.679	1,01 (0,88-1,15)
Risperidona	1.673	3.800	5.677	1,07 (0,97-1,17)	671	1.888	2.092	1,02 (0,89-1,16)
Haloperidol	77	203	139	1,13 (0,81-1,59)	128	399	311	0,71 (0,54-0,92)
Flupentixol	71	179	142	1,63 (1,12-2,37)	111	308	342	1,07 (0,79-1,46)
No uso de antipsicóticos	9.792	17.206	80.798	Referencia	10.138	13.034	63.023	Referencia

PA, personas-años; HRa, cociente de riesgos –hazard ratio– ajustado; LAI, antipsicótico inyectable de acción prolongada.

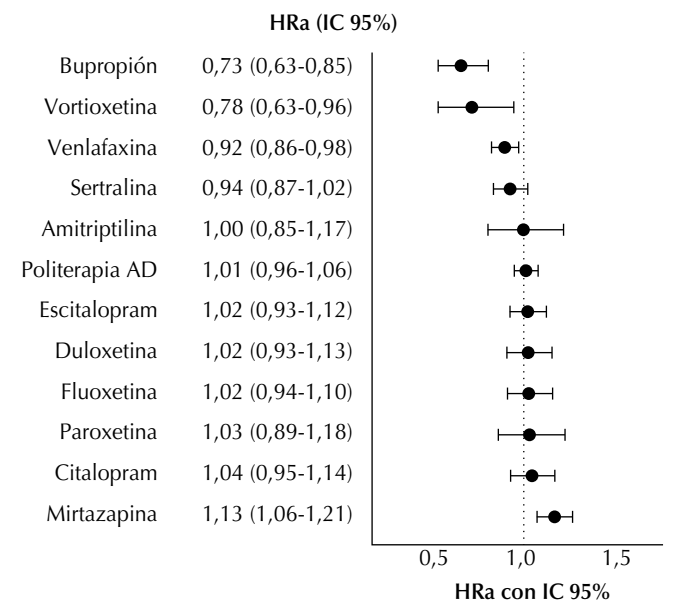


Figura 1 Riesgo de hospitalización psiquiátrica asociado con antidepresivos específicos en comparación con la no utilización de antidepresivos en el metaanálisis de efectos fijos. HRa, cociente de riesgos –hazard ratio– ajustado; AD, antidepresivo.

bajas (<18 mg/día) de mirtazapina (frecuente para el insomnio) en los análisis relativos a este fármaco en el conjunto de datos finlandés, donde estaba disponible el modelado de dosis.

La gestión de datos y los análisis intraindividuales se realizaron con SAS 9.4, y el metaanálisis con RStudio, paquete *metafor* (versión 3.0-2). Los resultados se presentan como cocientes de riesgos ajustados (HRa) con intervalos de confianza (IC) del 95%.

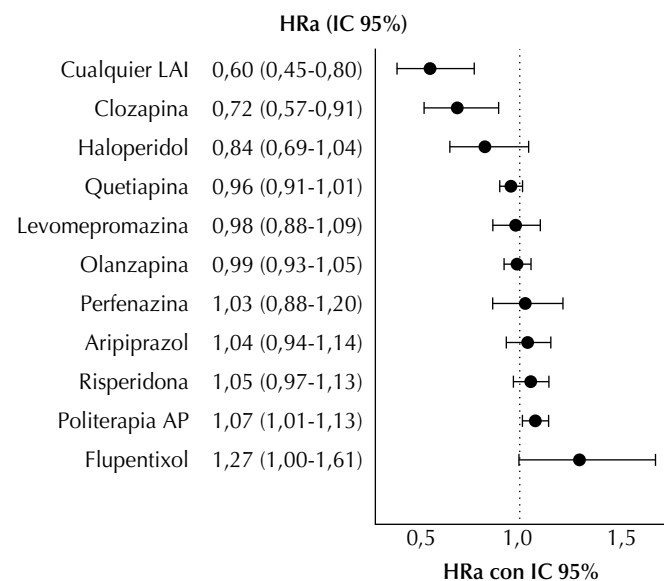


Figura 2 Riesgo de hospitalización psiquiátrica asociado al uso de antipsicóticos específicos en comparación con el no uso de antipsicóticos en el metaanálisis de efectos fijos. HRa, hazard ratio ajustado; AP, antipsicótico; LAI, antipsicótico inyectable de acción prolongada.

RESULTADOS

La cohorte finlandesa incluyó a 19.330 individuos. Su edad media era de $39,8 \pm 14,7$ años, y 57,9% eran mujeres. La cohorte sueca incluyó a 13.684 individuos (edad media $41,3 \pm 14,0$ años; 53,5% mujeres).

De la cohorte finlandesa, el 39,0% (N=8.106) experimentó una recaída durante el seguimiento (mediana del tiempo de seguimiento: 5,1 años; rango intercuartílico, RIQ: 1,4-10,6). La cifra correspondiente en la cohorte sueca fue del 47,6% (N=6.511) y la mediana del tiempo de seguimiento fue de 5,1 año (RIQ: 1,8-9,8).

Durante el seguimiento, el 87,9% de las personas (N=17.000) utilizaron antidepresivos y el 74,4% (N=14.378) antipsicóticos en la cohorte finlandesa. Las cifras correspondientes en la cohorte sueca fueron 88,9% (N=12.166) y 66,5% (N=9.097). En la muestra finlandesa, la venlafaxina fue el antidepresivo más utilizado

Tabla 2 Riesgo de hospitalización psiquiátrica asociado a antidepresivos y antipsicóticos específicos en comparación con el antidepresivo (mirtazapina) o antipsicótico (quetiapina) más utilizado en cohortes finlandesas y suecas y en metaanálisis de efectos fijos.

	Cohorte finlandesa HRa (IC 95%)	Cohorte sueca HRa (IC 95%)	Metaanálisis de efectos fijos HRa (IC 95%)
Antidepresivos (ref. mirtazapina)			
Bupropión	0,67 (0,53-0,85)	0,62 (0,50-0,77)	0,64 (0,55-0,75)
Vortioxetina	0,70 (0,51-0,96)	0,67 (0,50-0,89)	0,68 (0,55-0,84)
Venlafaxina	0,82 (0,74-0,90)	0,80 (0,70-0,92)	0,81 (0,75-0,88)
Sertralina	0,78 (0,68-0,89)	0,87 (0,76-0,99)	0,82 (0,75-0,90)
Amitriptilina	0,97 (0,78-1,21)	0,77 (0,60-1,00)	0,88 (0,74-1,04)
Duloxetina	0,87 (0,75-1,02)	0,91 (0,79-1,06)	0,89 (0,80-0,99)
Politerapia antidepresiva	0,91 (0,83-0,99)	0,87 (0,79-0,96)	0,89 (0,84-0,95)
Fluoxetina	0,89 (0,77-1,04)	0,90 (0,77-1,06)	0,90 (0,81-1,00)
Escitalopram	0,91 (0,81-1,02)	0,88 (0,77-1,02)	0,90 (0,82-0,98)
Paroxetina	0,90 (0,75-1,08)	0,93 (0,72-1,21)	0,91 (0,79-1,06)
Citalopram	0,90 (0,80-1,02)	0,99 (0,81-1,20)	0,92 (0,83-1,02)
Antipsicóticos (ref. quetiapina)			
Cualquier LAI	0,47 (0,30-0,72)	0,76 (0,51-1,11)	0,61 (0,46-0,81)
Clozapina	0,81 (0,62-1,06)	0,60 (0,37-0,97)	0,76 (0,60-0,95)
Haloperidol	1,21 (0,87-1,70)	0,69 (0,53-0,91)	0,86 (0,70-1,07)
Levomepromazina	1,00 (0,86-1,15)	1,04 (0,87-1,25)	1,01 (0,91-1,14)
Olanzapina	1,06 (0,97-1,16)	0,97 (0,87-1,08)	1,03 (0,96-1,10)
Aripiprazol	1,15 (0,99-1,33)	0,99 (0,85-1,15)	1,07 (0,96-1,18)
Perfenazina	1,13 (0,96-1,33)	0,79 (0,48-1,30)	1,09 (0,93-1,27)
Risperidona	1,14 (1,04-1,26)	1,00 (0,86-1,16)	1,10 (1,01-1,19)
Politerapia antipsicótica	1,12 (1,04-1,20)	1,10 (0,99-1,21)	1,11 (1,05-1,17)
Flupentixol	1,74 (1,20-2,55)	1,05 (0,77-1,45)	1,30 (1,02-1,65)

HRa, cociente de riesgos –hazard ratio– ajustado; LAI, antipsicótico inyectable de acción prolongada.

(28,2%; N=5.454), seguido de mirtazapina (28,0%; N=5.414) y escitalopram (21,5%; N=4.163). En la muestra sueca, el antidepresivo más utilizado fue la mirtazapina (27,5%; N=3.760), seguida de sertralina (26,3%; N=3.594) y venlafaxina (19,8%; N=2.704). La quetiapina (42,1%; N=8.145) fue el antipsicótico más utilizado en la cohorte finlandesa, seguida de risperidona (19,6%; N=3.800), mientras que la olanzapina fue el antipsicótico más utilizado en la cohorte sueca (34,7%; N= 4.751) seguida de quetiapina (21,5%; N=2.945) (Tabla 1).

En comparación con la no utilización de antidepresivos, el bupropión (HRa=0,73; IC 95%: 0,63-0,85), la vortioxetina

(HRa=0,78; IC 95%: 0,63-0,96) y la venlafaxina (HRa=0,92; IC 95%: 0,86-0,98) se asociaron con un menor riesgo de recaída (Figura 1). Lo mismo ocurrió con cualquier LAI (HRa=0,60; IC 95%: 0,45-0,80) y clozapina (HRa=0,72; IC 95%: 0,57-0,91) en comparación con la no utilización de antipsicóticos (Figura 2).

Cuando se comparó en un análisis intraindividual directo con el antidepresivo más utilizado en las dos cohortes (mirtazapina), bupropión (HRa=0,64; IC 95%: 0,55-0,75), vortioxetina (HRa=0,68; IC 95%: 0,55-0,84), venlafaxina (HRa=0,81; IC 95%: 0,75-0,88), sertralina (HRa=0,82; IC 95%: 0,75-0,90), duloxetina (HRa=0,89; IC 95%: 0,80-0,99), politerapia antidepresiva (HRa=0,89; IC 95%:

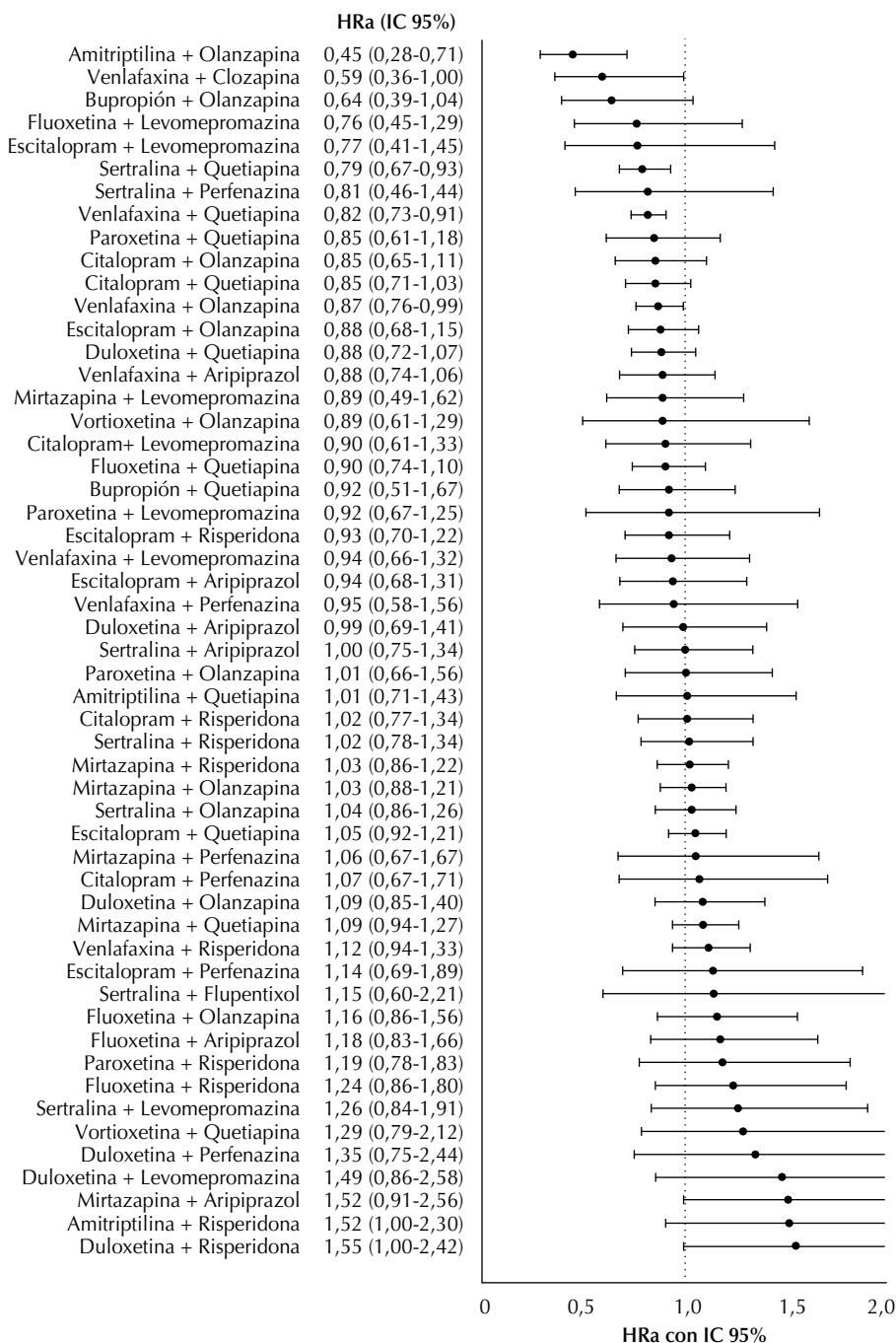


Figura 3 Riesgo de hospitalización psiquiátrica asociado con combinaciones de dos fármacos de los diez antipsicóticos más comunes y los once antidepresivos más comunes en comparación con la no utilización de antipsicóticos ni antidepresivos. HRa, hazard ratio ajustado.

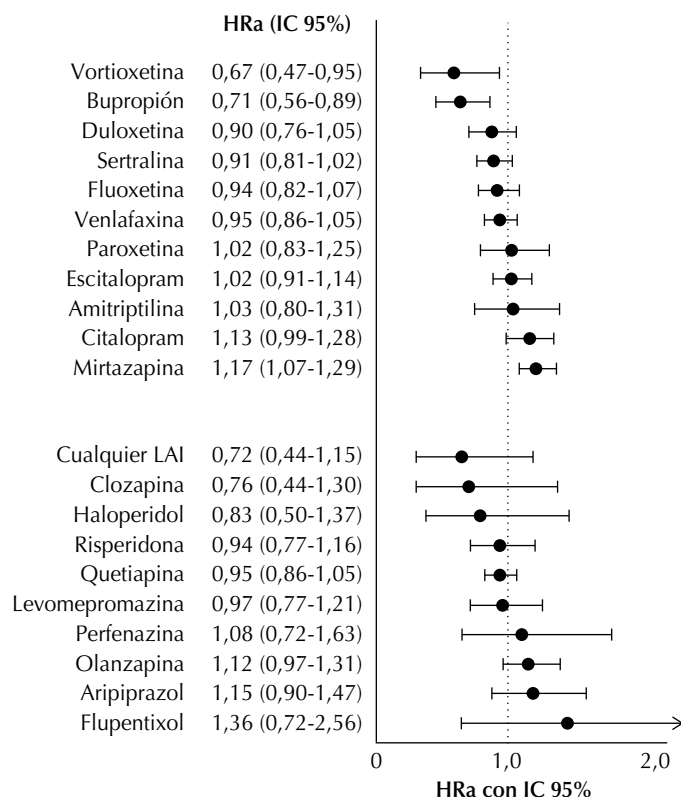


Figura 4 Riesgo de hospitalización psiquiátrica asociado al uso de los diez antipsicóticos y los once antidepresivos más comunes en monoterapia, en comparación con la no utilización de antipsicóticos ni antidepresivos. HRa, hazard ratio ajustado; LAI, antipsicótico inyectable de acción prolongada.

0,84-0,95) y escitalopram (HRa=0,90; IC 95%: 0,82-0,98), se asociaron con un menor riesgo de recaída (Tabla 2). Cuando se comparó en un análisis intraindividual directo con el antipsicótico más utilizado en las dos cohortes (quetiapina), cualquier LAI (HRa=0,61; IC 95 %: 0,46-0,81) y clozapina (HRa=0,76; IC 95 %: 0,60-0,95) se asociaron con un menor riesgo de recaída (Tabla 2). Entre los antipsicóticos, el flupentixol (HRa=1,30; IC 95%: 1,02-1,65) y la risperidona (HRa=1,10; IC 95%: 1,01-1,19) se asociaron con un mayor riesgo de recaída en comparación con la quetiapina.

En los análisis de sensibilidad en los que se eliminaron los primeros 30 días de todos los periodos de uso, se observó un orden

de clasificación similar, con una potencia estadística algo reducida. Los análisis entre individuos también mostraron un orden de clasificación similar, con cualquier LAI y el bupropión con los HRa más bajos. Los resultados también fueron similares en el metaanálisis de efectos aleatorios, excepto que ya no eran significativos para cualquier LAI. Al excluir a personas cuyo diagnóstico cambió a esquizofrenia o trastorno bipolar durante el seguimiento, los resultados no cambiaron (ver información complementaria). Al excluir el uso de dosis bajas (<18 mg/día) de mirtazapina a partir del análisis de la cohorte finlandesa, los resultados para este fármaco no cambiaron (HRa=1,19; IC 95%: 1,09-1,31).

Cuando se consideraron las combinaciones de dos fármacos de los 10 antipsicóticos más utilizados y los 11 antidepresivos más utilizados, amitriptilina-olanzapina (HRa=0,45; IC 95%: 0,28-0,71), sertralina-quetiapina (HRa=0,79; IC 95%: 0,67-0,93) y venlafaxina-quetiapina (HRa=0,82; IC 95%: 0,73-0,91) se asociaron con un menor riesgo de recaída en comparación con la no utilización de antipsicóticos ni de antidepresivos (Figura 3).

Entre los antidepresivos utilizados como monoterapia, solo la vortioxetina (HRa=0,67; IC 95%: 0,47-0,95) y el bupropión (HRa=0,71; IC 95%: 0,56-0,89) se asociaron con una disminución del riesgo de recaída en comparación con la no utilización de antidepresivos ni antipsicóticos. Entre los antipsicóticos utilizados como monoterapia, ninguno se asoció con una disminución del riesgo de recaída en comparación con la no utilización de antidepresivos ni antipsicóticos (Figura 4).

La combinación entre un antidepresivo y un antipsicótico bloqueante D2 débil se asoció con un menor riesgo de recaída (HRa=0,92; IC 95%: 0,87-0,98) en comparación con la no utilización de antipsicóticos ni antidepresivos, mientras que la combinación entre un antidepresivo y un antipsicótico bloqueante D2 fuerte no lo hizo (HRa=1,03; IC 95%: 0,95-1,11). Esto último también fue cierto para el uso de un antipsicótico bloqueante D2 fuerte sin antidepresivo (HRa=0,98; IC 95%: 0,86-1,13), un antipsicótico bloqueante D2 débil sin antidepresivo (HRa=0,99; IC 95%: 0,91-1,08), o cualquier antidepresivo sin antipsicótico (HRa=1,00; IC 95%: 0,94-1,05).

El uso de cualquier antidepresivo no se asoció con una disminución del riesgo de recaída en comparación con el no uso de antidepresivos (HRa=1,01; IC 95%: 0,97-1,05). El uso de cualquier antipsicótico no se asoció con una disminución del riesgo de recaída en comparación con el no uso de antipsicóticos (HRa=0,99; IC 95%: 0,96-1,03). Cualquier combinación de antidepresivo y antipsicótico no se asoció con una disminución del riesgo de recaída

Tabla 3 Riesgo de hospitalización psiquiátrica asociado a las benzodiacepinas y fármacos relacionados (comparado con el no uso de estos fármacos) y estabilizadores del estado de ánimo específicos (comparado con el no uso de estabilizadores del estado de ánimo) en cohortes finlandesas y suecas y en metaanálisis de efectos fijos.

	Cohorte finlandesa				Cohorte sueca				Metaanálisis de efectos fijos HRa (IC 95%)
	Eventos	Usuarios	PA	HRa (IC 95%)	Eventos	Usuarios	PA	HRa (IC 95%)	
Benzodiacepinas y medicamentos relacionados	11.527	11.120	29.400	1,23 (1,17-1,29)	7.943	8.940	17.279	1,39 (1,31-1,47)	1,29 (1,24-1,34)
Carbamazepina	127	275	622	0,66 (0,48-0,90)	183	193	474	0,83 (0,64-1,08)	0,75 (0,62-0,92)
Litio	432	572	1.048	0,91 (0,78-1,05)	566	770	1.358	0,73 (0,64-0,84)	0,81 (0,73-0,89)
Lamotrigina	688	1.113	1.922	0,76 (0,67-0,86)	975	1.304	2.126	0,93 (0,83-1,04)	0,85 (0,78-0,92)
Ácido valproico	955	1.152	1.989	0,88 (0,78-0,98)	244	346	461	0,95 (0,78-1,17)	0,89 (0,81-0,99)

PA, personas-años; HRa, cociente de riesgos –hazard ratio– ajustado.

Tabla 4 Riesgo de hospitalización debido a trastornos afectivos asociado con antidepresivos (en comparación con el no uso de antidepresivos) y antipsicóticos específicos (en comparación con el no uso de antipsicóticos) en cohortes finlandesas y suecas y en metaanálisis de efectos fijos.

	Cohorte finlandesa		Cohorte sueca		Metaanálisis de efectos fijos HRa (IC 95%)
	Eventos	HRa (IC 95%)	Eventos	HRa (IC 95%)	
Antidepresivos					
Bupropión	125	0,65 (0,49-0,86)	213	0,73 (0,60-0,88)	0,70 (0,60-0,82)
Vortioxetina	68	0,80 (0,55-1,16)	111	0,78 (0,59-1,03)	0,79 (0,63-0,98)
Venlafaxina	2.185	0,87 (0,79-0,96)	1.337	0,94 (0,84-1,05)	0,90 (0,84-0,97)
Sertralina	617	0,75 (0,64-0,87)	1.310	1,01 (0,91-1,13)	0,92 (0,84-1,00)
Amitriptilina	132	0,97 (0,73-1,28)	172	0,90 (0,70-1,16)	0,93 (0,77-1,12)
Paroxetina	271	0,88 (0,70-1,11)	206	1,09 (0,85-1,40)	0,97 (0,82-1,15)
Duloxetina	398	0,88 (0,74-1,05)	695	1,07 (0,94-1,22)	1,00 (0,90-1,11)
Escitalopram	908	0,95 (0,84-1,09)	879	1,04 (0,92-1,17)	1,00 (0,91-1,09)
Fluoxetina	357	1,01 (0,83-1,22)	682	1,06 (0,92-1,21)	1,04 (0,93-1,16)
Citalopram	800	1,05 (0,91-1,21)	408	1,15 (0,96-1,38)	1,09 (0,97-1,22)
Mirtazapina	1.334	1,08 (0,96-1,21)	1.203	1,17 (1,06-1,30)	1,13 (1,04-1,22)
No uso de antidepresivos	4.115	Referencia	5.663	Referencia	Referencia
Antipsicóticos					
Cualquier LAI	32	0,38 (0,22-0,64)	51	0,77 (0,52-1,13)	0,60 (0,44-0,82)
Clozapina	73	0,61 (0,44-0,85)	40	0,61 (0,38-0,98)	0,61 (0,47-0,80)
Haloperidol	58	1,55 (1,01-2,37)	128	0,71 (0,54-0,92)	0,88 (0,70-1,10)
Quetiapina	3.066	0,87 (0,80-0,95)	1.492	1,02 (0,93-1,11)	0,94 (0,88-0,99)
Perfenazina	299	0,96 (0,79-1,18)	46	0,81 (0,49-1,32)	0,94 (0,78-1,13)
Olanzapina	1.649	0,96 (0,86-1,06)	1.963	0,98 (0,90-1,07)	0,97 (0,91-1,04)
Levomepromazina	264	0,96 (0,79-1,17)	293	1,06 (0,89-1,26)	1,02 (0,89-1,15)
Aripiprazol	384	1,03 (0,88-1,22)	553	1,01 (0,88-1,15)	1,02 (0,92-1,13)
Risperidona	1.319	1,04 (0,93-1,16)	671	1,02 (0,89-1,16)	1,03 (0,94-1,12)
Politerapia antipsicótica	2.440	1,01 (0,92-1,11)	1.827	1,11 (1,02-1,21)	1,06 (1,00-1,13)
Flupentixol	55	1,60 (1,02-2,50)	111	1,07 (0,79-1,46)	1,22 (0,94-1,57)
No uso de antipsicóticos	6.004	Referencia	10.138	Referencia	Referencia

HRa, cociente de riesgos –hazard ratio– ajustado; LAI, antipsicótico inyectable de acción prolongada.

en comparación con el no uso de antidepresivos ni antipsicóticos (HRa=1,01; IC 95%: 0,96-1,06).

La utilización de benzodiacepinas y fármacos relacionados se asoció con un mayor riesgo de recaída (HRa=1,29; IC 95%: 1,24-1,34) en comparación con el no uso de estos fármacos. El uso de carbamazepina (HRa=0,75; IC 95%: 0,62-0,92), litio (HRa=0,81; IC 95%: 0,73-0,89), lamotrigina (HRa=0,85; IC 95%: 0,78-0,92) y ácido valproico (HRa=0,89; IC 95%: 0,81-0,99) se asoció con un menor riesgo de recaída en comparación con el no uso de estabilizadores del estado de ánimo (Tabla 3). No hubo cambios importantes en estos resultados cuando se descartaron los primeros 30 días de todas las exposiciones (ver información complementaria).

En cuanto al resultado secundario, es decir, la hospitalización por trastornos afectivos, los mismos antidepresivos se asociaron con un riesgo menor, a saber, bupropión (HRa=0,70; IC 95%: 0,60-0,82), vortioxetina (HRa=0,79; IC 95%: 0,63-0,98) y venlafaxina (HRa=0,90; IC 95%: 0,84-0,97) en comparación con la no utilización de antidepresivos (Tabla 4). La mirtazapina se asoció con un aumento de riesgo (HRa=1,13; IC 95%: 1,04-1,22). En com-

paración con el no uso de antipsicóticos, cualquier LAI (HRa=0,60; IC 95%: 0,44-0,82), clozapina (HRa=0,61; IC 95%: 0,47-0,80) y quetiapina (HRa=0,94; IC 95%: 0,88-0,99) se asociaron con un riesgo menor (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio que investiga la efectividad comparativa de antidepresivos y antipsicóticos, y sus combinaciones, en el tratamiento de mantenimiento de la DP. Nuestros resultados de dos cohortes a nivel nacional, incluyendo 33.014 pacientes, indican que el bupropión, vortioxetina, venlafaxina, cualquier LAI, clozapina, la combinación de un antidepresivo con un antipsicótico bloqueante D2 débil, y algunas combinaciones específicas de antidepresivo y antipsicótico (a saber, amitriptilina-olanzapina, sertralina-quetiapina y venlafaxina-quetiapina) se asocian con un menor riesgo de recaída. Los grupos agregados de cualquier antidepresivo, cualquier antipsicótico y cualquier combinación antidepresivo-antipsicótico

no se asocian con un menor riesgo de recaída, y algunos fármacos específicos se asocian con un mayor riesgo de recaída, lo que subraya la importancia de elegir los tratamientos cuidadosamente, en lugar de considerarlos todos como “equivalentes”. El hallazgo de que algunos antidepresivos como monoterapia están asociados con un menor riesgo de recaída no está en línea con las recomendaciones de las guías clínicas que establecen que la DP debe tratarse con un antidepresivo combinado con un antipsicótico^{18,19}, aunque estas guías no proporcionan recomendaciones específicas sobre la prevención de recaídas.

Los resultados relativos al bupropión pueden parecer sorprendentes, ya que este fármaco inhibe la recaptación de dopamina y noradrenalina y aumenta los niveles sinápticos de dopamina. Ha habido informes de casos de psicosis inducida por bupropión, pero, según una revisión sistemática, el uso de bupropión es seguro en pacientes con esquizofrenia, y el riesgo de psicosis inducida por bupropión parece insignificante²⁰. El cuadro clínico de la DP -especialmente en los pacientes más graves- suele parecerse al fenotipo de retraso motor observado en la esquizofrenia catatónica. Dado que la esquizofrenia catatónica se asocia a una disminución, más que a un aumento, de la neurotransmisión dopaminérgica²¹, la potenciación de la actividad dopaminérgica por el bupropión puede ser beneficiosa en el tratamiento de la DP, aunque esto es solo una hipótesis que requiere pruebas específicas.

Nuestro hallazgo de una menor tasa de recaídas con venlafaxina coincide con una revisión Cochrane²². Hasta donde sabemos, no hay datos previos sobre la vortioxetina, aunque algunos datos preliminares sugieren que este fármaco puede ser más eficaz que otros antidepresivos en los episodios depresivos asociados a trastornos del espectro esquizofrénico²³. La vortioxetina es el único antidepresivo con un antagonismo sustancial del 5-HT₇, y los resultados de estudios con células madre de animales y humanos sugieren que los antagonistas de los receptores 5-HT₇ pueden ser eficaces en la psicosis^{24,25}.

La clozapina fue el único antipsicótico oral asociado a un menor riesgo de recaída. Se trata del antipsicótico más eficaz en el tratamiento de la esquizofrenia²⁶, incluso para los síntomas depresivos¹⁶. Además, tiene efectos únicos en la prevención de intentos de suicidio y suicidios consumados^{27,28}. El uso de cualquier LAI también se asoció a un menor riesgo de recaída. Estos preparados se han asociado a mejores resultados terapéuticos que los antipsicóticos orales en varios estudios de casos reales sobre esquizofrenia y trastorno bipolar^{14,15,29}. La falta de adherencia al tratamiento antipsicótico es un problema también en la DP, y esto puede explicar la efectividad de los LAI en esta afección.

Un menor riesgo de recaída se asoció con el uso de algunas combinaciones específicas de antidepresivo y antipsicótico –concretamente, amitriptilina-olanzapina, sertralina-quetiapina y venlafaxina-quetiapina– en comparación con el no uso de antidepresivos ni antipsicóticos, lo que concuerda con el hallazgo de que la combinación de un antidepresivo con un antipsicótico bloqueante D₂ débil es beneficiosa. Sin embargo, estos análisis exploratorios de combinación de antidepresivo-antipsicótico pueden haber carecido de potencia estadística.

Los más frecuentemente recetados citalopram y escitalopram no se asociaron a menor riesgo de recaída, lo que sugiere que no deberían utilizarse en la DP. En cuanto a la mirtazapina, se podría haber planteado la hipótesis de que el mayor riesgo de recaída observado se debía a su uso frecuente para el insomnio, a dosis inferiores a las de los antidepresivos eficaces. Sin embargo, este no fue el caso, ya que el resultado en la cohorte finlandesa (en la que

se disponía de modelos de dosis) no cambió cuando excluimos de los análisis el uso de mirtazapina a dosis bajas.

El uso de benzodiacepinas se asoció a un mayor riesgo de recaída, también cuando se descartaron los análisis los primeros 30 días. Por el contrario, carbamazepina, litio, lamotrigina y ácido valproico mostraron un riesgo menor, aunque los resultados específicos de cada país fueron más heterogéneos, quizá debido a la falta de potencia estadística. Estos resultados deberían alentar la utilización de litio y otros estabilizadores del estado de ánimo como medicación complementaria, y desaconsejar el uso de benzodiacepinas en DP.

Los puntos fuertes de nuestro estudio incluyen datos consistentes a nivel nacional de dos países, con cohortes grandes y un seguimiento prolongado. Se aplicó la misma metodología para la identificación de cohortes a partir de registros similares en ambos países. Los criterios de exclusión, modelos, resultados y análisis de la exposición y consumo de fármacos también fueron los mismos. Además, utilizamos modelos intraindividuales para minimizar el sesgo de selección.

Este estudio tiene algunas limitaciones, que son inherentes a las fuentes de datos utilizadas, sobre todo la falta de aleatorización y de datos clínicos detallados (por ejemplo, no pudimos dar cuenta del uso de terapia electroconvulsiva y psicoterapias). Además, carecíamos de datos sobre la duración de los síntomas psicóticos y sobre si los pacientes estaban en remisión y cuándo. Algunas combinaciones de antidepresivo y antipsicótico carecían de potencia estadística. Por último, pueden existir factores de confusión residuales en los análisis entre individuos, relacionados, por ejemplo, con la gravedad de la enfermedad o los síntomas. No obstante, cabe destacar que los resultados de los análisis de sensibilidad, en los que se eliminaron los primeros 30 días de todas las exposiciones, de los análisis entre individuos, de los análisis en los que se eliminaron las personas en transición a trastorno bipolar o esquizofrenia, y de los análisis con metaanálisis de efectos aleatorios (con excepción de los LAI) coincidieron con los resultados principales. En conclusión, nuestros resultados cuestionan la recomendación actual en las guías de atención clínica de combinar antipsicóticos y antidepresivos como una estrategia de tratamiento estándar en la DP, al menos cuando se utiliza para la prevención de recaídas. Estos hallazgos también alientan a elegir cuidadosamente antidepresivos y antipsicóticos específicos para el tratamiento de mantenimiento de la DP, ya que la mayoría de los fármacos no se asociaron con un menor riesgo de recaída, y algunos antidepresivos de uso común se asociaron en realidad con un mayor riesgo. Los resultados beneficiosos con los LAI pueden implicar que la adherencia al tratamiento con antipsicóticos es un problema en circunstancias del mundo real, y debe ser cuidadosamente controlado y mejorado entre pacientes con DP.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue financiado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad finlandés a través del fondo de desarrollo del Hospital Niuvanniemi. H. Taipale recibió el apoyo de la Academia de Finlandia (becas 315969, 320107, 345326) y de la Fundación Sigrid Jusélius. Este proyecto utilizó datos del consorcio REWARD, financiado por el Consejo Sueco de Investigación (subvención 2021-00154). Los financiadores no tuvieron ningún papel en el diseño y realización del estudio; la recogida, gestión, análisis e interpretación de los datos; la preparación, revisión y aprobación del manuscrito; ni en la decisión de presentar el manuscrito para su

publicación. La información complementaria sobre el estudio está disponible en <https://www.niuv.fi/wp-content/uploads/2023/11/taipale-real-world-effectiveness-of-ads-and-aps-for-psychotic-depression-supplement.pdf>.

BIBLIOGRAFÍA

- Jääskeläinen E, Juola T, Korpela H et al. Epidemiology of psychotic depression – systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2018;48:905-18.
- Paljärvi T, Tiihonen J, Lähteenvuo M et al. Mortality in psychotic depression: 18-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 2023;222:37-43.
- Paljärvi T, Tiihonen J, Lähteenvuo M et al. Psychotic depression and deaths due to suicide. *J Affect Disord* 2023;321:28-32.
- Farahani A, Correll CU. Are antipsychotics or antidepressants needed for psychotic depression? A systematic review and meta-analysis of trials comparing antidepressant or antipsychotic monotherapy with combination treatment. *J Clin Psychiatry* 2012;73:486-96.
- Rothschild AJ. Challenges in the treatment of major depressive disorder with psychotic features. *Schizophr Bull* 2013;39:787-96.
- Kruizinga J, Liemburg E, Burger H et al. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;12:CD004044.
- Hamina A, Paljärvi T, Tanskanen A et al. Use of antipsychotics and antidepressants in first-episode psychotic depression: a nationwide register-based study. *Acta Psychiatr Scand* 2023;148:416-25.
- Andreescu C, Mulsant BH, Peasley-Miklus C et al. Persisting low use of antipsychotics in the treatment of major depressive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 2007;68:194-200.
- Nietola M, Heiskala A, Nordström T et al. Clinical characteristics and outcomes of psychotic depression in the Northern Finland Birth Cohort 1966. *Eur Psychiatry* 2018;53:23-30.
- Flint AJ, Meyers BS, Rothschild AJ et al. Effect of continuing olanzapine vs placebo on relapse among patients with psychotic depression in remission: the STOP-PD II randomized clinical trial. *JAMA* 2019;322:622-31.
- Wijkstra J, Burger H, Van Den Broek WW et al. Long-term response to successful acute pharmacological treatment of psychotic depression. *J Affect Disord* 2010;123:238-42.
- Wijkstra J, Burger H, Van Den Broek WW et al. Treatment of unipolar psychotic depression: a randomized, double-blind study comparing imipramine, venlafaxine, and venlafaxine plus quetiapine. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:190-200.
- Tiihonen J, Tanskanen A, Hoti F et al. Pharmacological treatments and risk of readmission to hospital for unipolar depression in Finland: a nationwide cohort study. *Lancet Psychiatry* 2017;4:547-53.
- Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M et al. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2017;74:686-93.
- Lähteenvuo M, Paljärvi T, Tanskanen A et al. Real-world effectiveness of pharmacological treatments for bipolar disorder: register-based national cohort study. *Br J Psychiatry* 2023;223:456-64.
- Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019;394:939-51.
- Tanskanen A, Taipale H, Koponen M et al. From prescription drug purchases to drug use periods – a second generation method (PRE2DUP). *BMC Med Inform Decis Mak* 2015;15:21.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Washington: American Psychiatric Association, 2010.
- National Institute of Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. London: National Institute of Health and Care Excellence, 2022.
- Englisch S, Morgen K, Meyer-Lindenberg A et al. Risks and benefits of bupropion treatment in schizophrenia: a systematic review of the current literature. *Clin Neuropharmacol* 2013;36:203-15.
- Cattarinussi G, Gugliotta AA, Hirjak D et al. Brain mechanisms underlying catatonia: a systematic review. *Schizophr Res* 2024;263:194-207.
- Wijkstra J, Lijmer J, Burger H et al. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;7:CD004044.
- Kotzalidis GD, Lombardo G, Matrone M et al. Vortioxetine vs. other antidepressants in patients with major depressive episode with or without substance use disorder. *Curr Neuropharmacol* 2021;19:2296-307.
- Tajiri M, Hayata-Takano A, Seiriki K et al. Serotonin 5-HT₇ receptor blockade reverses behavioral abnormalities in PACAP-deficient mice and receptor activation promotes neurite extension in primary embryonic hippocampal neurons: therapeutic implications for psychiatric disorders. *J Mol Neurosci* 2012;48:473-81.
- Tiihonen J, Koskivu M, Lähteenvuo M et al. Molecular signaling pathways underlying schizophrenia. *Schizophr Res* 2021;232:33-41.
- Taipale H, Mehtälä J, Tanskanen A et al. Comparative effectiveness of antipsychotic drugs for rehospitalization in schizophrenia – a nationwide study with 20-year follow-up. *Schizophr Bull* 2018;44:1381-7.
- Leucht S, Cipriani A, Spineli L et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013;382:951-62.
- Meltzer HY, Alphs L, Green AI et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82-91.
- Taipale H, Lähteenvuo M, Tanskanen A et al. Comparative effectiveness of antipsychotics for risk of attempted or completed suicide among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2021;47:23-30.

DOI:10.1002/wps.21205

R. Spitzer y la despatologización de la homosexualidad: algunas consideraciones en el 50 aniversario

Hace 50 años, en la que posiblemente sea la decisión socialmente más trascendental de la historia moderna de la psiquiatría, la American Psychiatric Association (APA) eliminó la homosexualidad como categoría de trastorno mental de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) oficial, entonces en su segunda edición (DSM-II). Aunque la eliminación se suele fechar en la votación de la Junta Directiva de la APA de diciembre de 1973, en realidad esa votación fue impugnada, y la eliminación se confirmó en un referéndum en abril de 1974. En lugar de esperar al DSM-III, el cambio se introdujo inmediatamente en la siguiente Impresión del DSM-II.

La eliminación de la homosexualidad como categoría de trastorno psiquiátrico dependió de muchas personas, entre ellas valientes activistas homosexuales, así como psiquiatras y funcionarios de la APA simpatizantes. Sin embargo, el principal artífice y fuerza motriz de la eliminación fue R. Spitzer (1932-2015), que desempeñó un papel único tanto intelectual como políticamente^{1,2}. Además, los argumentos de Spitzer para justificar la eliminación siguen dando forma implícitamente al DSM en la actualidad, un legado que merece la pena explicitar.

Spitzer, miembro del Comité de Nomenclatura y Estadística de la APA que elaboró el DSM-II en 1968, asumió un papel de liderazgo al afrontar la cuestión de la homosexualidad, a pesar de que al principio no tenía una opinión fija. A finales de 1972, asistió a una sesión de una conferencia sobre el tratamiento conductual aversivo de la homosexualidad, durante la cual activistas gays protestaron contra la clasificación de la homosexualidad como trastorno mental. Les invitó a presentar su caso ante el Comité de Nomenclatura y Estadística, y prometió organizar un debate sobre la cuestión en el siguiente congreso anual de la APA.

En febrero de 1973, un grupo de activistas homosexuales presentó sus argumentos ante el Comité. El principal orador fue C. Silverstein, un psicólogo clínico que, en lugar de limitarse a atacar a la psiquiatría por el daño que la categoría diagnóstica estaba causando a los homosexuales al justificar leyes persecutorias, intentó abordar la cuestión en términos profesionalmente relevantes. Señaló la falta de evidencia científica de un aumento de los problemas psicológicos entre los homosexuales, ofreció ejemplos de categorías psiquiátricas cuestionables en el pasado y argumentó que el diagnóstico psiquiátrico de la homosexualidad no era más que un juicio moral de la sociedad disfrazado de medicina³. A pesar de todo, el Comité no se mostró en gran medida convencido respecto a la eliminación.

Cumpliendo su promesa, Spitzer organizó y presidió un debate sobre la homosexualidad en el congreso de mayo de la APA en Honolulu. Después, R. Gold –un activista gay del panel⁴– llevó a Spitzer a una reunión secreta de la “Gay-PA”, una organización de psiquiatras gays en el armario. Spitzer quedó impresionado por este grupo de colegas de alto rendimiento y, a la luz de sus recientes reflexiones sobre el concepto de trastorno mental y la naturaleza del diagnóstico psiquiátrico, se convenció finalmente de que no tenía sentido calificar su estado de trastorno mental. A las pocas semanas, presentó al Comité de Nomenclatura y Estadística una declaración en la que proponía eliminar la categoría de homosexualidad del

DSM y ofrecía una justificación conceptual para ello.

Cuando el Comité se negó a respaldar su propuesta, Spitzer, de todos modos, remitió la propuesta no respaldada a los niveles superiores de la jerarquía de la APA. También redactó una declaración política en la que afirmaba que la APA apoyaba los derechos civiles de los homosexuales, que el Comité sí respaldó. En diciembre de 1973, tanto la propuesta de eliminación como la declaración de derechos civiles fueron aprobadas por la Junta Directiva de la APA. Durante el referéndum posterior, cuando parecía que los Fideicomisarios iban a ser desautorizados, Spitzer redactó una carta detallando los argumentos a favor de la eliminación del diagnóstico y la envió a todos los miembros de la APA.

La justificación de Spitzer para la eliminación del diagnóstico consistía en una propuesta de requisito de trastorno mental y un argumento de que la homosexualidad no satisfacía ese requisito. Específicamente, Spitzer propuso: “Para que una afección mental se considere un trastorno psiquiátrico, debe causar regularmente malestar subjetivo o estar asociado regularmente con alguna alteración generalizada de la efectividad o funcionamiento social”⁵. Si la alteración no era generalizada, sino que se limitaba a un área, esta debía considerarse un área “importante” del funcionamiento, lo que –reconoció Spitzer– implica un juicio de valor^{6,7}. Este planteamiento lógico permitió superar los numerosos argumentos y contraargumentos no concluyentes de ambas partes. También abordaba la otra preocupación de Spitzer de contrarrestar la postura antipsiquiátrica de que no existen los trastornos mentales. Señaló que el psicoanálisis había influido en la psiquiatría para etiquetar cualquier funcionamiento no óptimo como trastorno, pero el trastorno tiene un significado más restringido, que requiere que una afección sea significativamente perjudicial en forma de malestar o deterioro⁸.

Spitzer argumentó que lo importante es la capacidad de mantener relaciones sexuales y afectivas íntimas y satisfactorias con otra persona, pero que el hecho de que la persona sea del mismo o de distinto sexo carece de importancia. Por lo tanto, las personas homosexuales no están perjudicadas. Sin embargo, si están angustiados, podrían calificarse como alterados. En consecuencia, cuando se eliminó la homosexualidad, se añadió al manual otra categoría –“trastorno de la orientación sexual” en el DSM-II u “homosexualidad ego-distónica” en el DSM-III– para los individuos homosexuales angustiados por su orientación sexual. El análisis de Spitzer le permitió mantener las categorías de parafilias sexuales porque, según argumentó, todas ellas merman la capacidad de experimentar relaciones sexuales y emocionales íntimas satisfactorias con otra persona.

Claramente, un gran número de personas homosexuales sufrían angustia debido a la persecución social o a la “homofobia internalizada”, es decir, a la aceptación e interiorización de juicios sociales negativos. Spitzer impidió que ese tipo de angustia indicara la existencia de un trastorno al exigir que, para que se considerara un trastorno mental, la afección debía estar “intrínsecamente asociada al malestar subjetivo”, lo que significa que “la fuente de la angustia o del deterioro en el funcionamiento debe ser la propia afección y no la forma en que la sociedad reacciona ante ella”⁸.

La eliminación de la homosexualidad como diagnóstico psiquiátrico es un episodio histórico superado hace tiempo, pero el razonamiento de Spitzer sigue influyéndonos. Las nociones de malestar y deterioro, tal y como las utilizó Spitzer, no aparecían en el DSM-II, pero se introdujeron en el DSM-III como resultado de los análisis de Spitzer y han desempeñado múltiples papeles desde entonces. El criterio de “angustia o deterioro” de Spitzer se incorporó a la definición de trastorno mental del DSM: “Los trastornos mentales suelen asociarse a una angustia o discapacidad significativa en las actividades sociales, laborales u otras actividades importantes”. En el DSM-IV, para reducir las tasas de prevalencia inverosímilmente elevadas de los trastornos mentales que se desprenden de las encuestas epidemiológicas, se añadió el “criterio de significación clínica” como requisito diagnóstico adicional en la mayoría de las principales categorías diagnósticas. Por ejemplo, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor requiere que “los síntomas causen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento”. La noción de malestar o deterioro “significativo” o “clínicamente significativo” parece ser un sustitutivo de la idea de Spitzer de que el grado de daño debe estar por encima de algún umbral sustancial y no ser solo una cuestión de nivel no-óptimo.

La idea de Spitzer de que una afección en sí misma podría no ser un trastorno *per se*, pero que el malestar de un individuo por padecerla podría ser un trastorno, encuentra varias manifestaciones en el DSM-5-TR. Por ejemplo, el “trastorno de identidad de género” del DSM-IV pasó a denominarse “disforia de género” en el DSM-5, que “se centra en la disforia como problema clínico, no en la identidad *per se*”, para sugerir que quienes no se sienten angustiados por la incongruencia de identidad de género no padecen un trastorno.

En resumen, 50 años después de la resolución conceptual de Spitzer a la controversia sobre la homosexualidad, los frutos de su análisis han penetrado en muchas áreas de nuestros manuales diagnósticos. Sin embargo, el análisis nos deja con la tarea pendiente de resolver los significados de malestar y deterioro, y de reconocer y aclarar los desafiantes juicios de valor que inevitablemente intervienen en las decisiones diagnósticas⁹.

Jerome C. Wakefield

Center for Bioethics, School of Global Public Health, and Silver School of Social Work, New York University, New York, NY, USA

1. Bayer R. Homosexuality and American psychiatry: the politics of diagnosis. New York: Basic Books, 1981.
2. Decker H. The making of DSM-III: a diagnostic manual's conquest of American psychiatry. New York: Oxford University Press, 2013.
3. Silverstein C. J Homosexuality 1976;2:153-8.
4. Gold R. In: Ridinger RB (ed). Speaking for our lives: historic speeches and rhetoric for gay and lesbian rights (1892-2000). New York: Harrington Park Press, 2004:212-24.
5. Spitzer RL. Am J Psychiatry 1973;130:1214-6.
6. Spitzer RL. Am J Psychiatry 1981;138:210-5.
7. Spitzer RL, Endicott J. In: Spitzer RL, Klein DF (eds). Critical issues in psychiatric diagnosis. New York: Raven Press, 1978:15-39.
8. Spitzer RL, Wilson PT. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ (eds). Comprehensive textbook of psychiatry, Vol. 1. Baltimore: Williams & Wilkins, 1975:826-45.
9. Wakefield JC. World Psychiatry 2007;6:149-56.

DOI:10.1002/wps.21206

(Wakefield JC. R. Spitzer and the depathologization of homosexuality: some considerations on the 50th anniversary. World Psychiatry 2024;23:285–286)

Estándares para ensayos controlados aleatorizados sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos

El ensayo controlado aleatorizado (ECA) es el estándar de oro de la evidencia para las intervenciones en el ámbito sanitario, incluidos los tratamientos psicológicos como las psicoterapias. De hecho, un tratamiento basado en la evidencia se define como aquel que cuenta con el apoyo de dos o más ECA de alta calidad.

Los ECA de tratamientos psicológicos comparten muchos métodos básicos con los ECA farmacológicos, incluida la definición clara de la muestra de participantes, la asignación aleatoria a una condición experimental o de control, y la evaluación estandarizada que sea consistente en todos los brazos de tratamiento. Sin embargo, los ECA de tratamientos psicológicos se enfrentan a algunos desafíos únicos, como las especificaciones de la condición de control, los procedimientos de integridad del tratamiento y las cuestiones relacionadas con los ensayos de intervenciones digitales.

La condición de control tiene como objetivo eliminar los efectos de las amenazas a la validez interna, como el curso natural del trastorno elegido como objetivo, los efectos de los procedimientos de investigación y los artefactos estadísticos como la regresión hacia la media, mejorando así la confianza en que el resultado del ensayo pueda atribuirse exclusivamente a la condición experimental. Mientras que la píldora-placebo es un estándar elegante para los ECA farmacológicos, no existe una solución predominante para los ECA de tratamientos psicológicos.

Hay muchas formas de condiciones de control para estos últimos ECA, incluidas las condiciones de no-tratamiento y de lista de espera, el tratamiento habitual, las condiciones que proporcionan

una parte del tratamiento experimental, como los controles de atención, y los comparadores activos que proporcionan otro tratamiento validado. La elección de la condición de control se guía ante todo por la cuestión científica. El ECA evalúa aquellos elementos del tratamiento que son exclusivos de la condición experimental, ya que los elementos del tratamiento comunes a ambas condiciones experimental y de control se eliminan mediante la aleatorización. Si la pregunta es si un tratamiento puede o no mejorar los resultados en relación con lo que se hace actualmente, el tratamiento habitual puede ser apropiado, si se define correctamente¹. Si la pregunta es si un conjunto específico de procedimientos de tratamiento es efectivo, puede ser más apropiado un tratamiento activo que controle todos los demás procesos de tratamiento.

Uno de los retos es que las condiciones de control en sí mismas tienen diferentes efectos sobre el resultado, algunos evidentes y otros menos evidentes². Cuanto mayor sea el efecto de la condición de control, menor será la diferencia entre el tratamiento de control y el experimental. Por ejemplo, las condiciones de control que incluyen un tratamiento activo (p. ej., control de la atención o tratamiento alternativo) probablemente producirán grandes efectos y, en consecuencia, diferencias más pequeñas entre el tratamiento experimental y el de control. Las condiciones de control con poco o ningún tratamiento (p. ej., control de no-tratamiento) producen cambios más pequeños en el resultado, por lo que los efectos entre tratamientos son mayores.

Sin embargo, las condiciones de control también pueden producir efectos inadvertidos o inesperados. Por ejemplo, dos metaa-

nálisis han referido que los controles de lista de espera producen mejoras significativamente menores en comparación con las condiciones de no-tratamiento y, por lo tanto, efectos mayores para el tratamiento experimental en relación con la condición de control^{2,3}. Una posible explicación es que los participantes asignados a una condición de no-tratamiento reconocen que no recibirán tratamiento y buscan otras soluciones a sus problemas, mientras que las condiciones de control de lista de espera frenan los comportamientos naturales de búsqueda de ayuda. Los participantes asignados a una condición de lista de espera esperan que el tratamiento llegue y, en consecuencia, hacen lo que les piden los investigadores: esperan. Así, condiciones de control aparentemente similares pueden producir resultados radicalmente distintos.

Se han propuesto varios marcos de toma de decisiones para la selección de las condiciones de control^{4,5}. En general, estos marcos sugieren que los ECA en fases tempranas que están probando una intervención deberían utilizar condiciones de control que tengan un efecto menor, porque la mayor amenaza para el bien público en las fases tempranas está acabando con la innovación de tratamientos prometedores. Los ECA de fases posteriores deberían controlarse con mayor rigor, ya que es fundamental proteger a pacientes, proveedores y pagadores de tratamientos ineficaces o peligrosos.

El tratamiento experimental debe estar claramente definido en un manual específico. Los profesionales clínicos encargados del tratamiento deben estar capacitados y ser supervisados, y se debe controlar la fidelidad de la administración del tratamiento. Aunque estos procedimientos de integridad del tratamiento suelen aplicarse a intervenciones experimentales, muchos ECA no los aplican a los tratamientos de control. Un metaanálisis mostró que los ECA que no manualizan el tratamiento de control, proporcionan menos formación y supervisión a los terapeutas del tratamiento de control, o no realizan un seguimiento de la fidelidad de la condición de control, producen magnitudes de efecto entre tratamientos significativamente mayores que los ECA que aplican todos estos procedimientos por igual en todos los brazos de tratamiento². Por lo tanto, todos los procedimientos de investigación deben aplicarse de forma equivalente en todos los brazos de tratamiento, incluidos los procedimientos de integridad del tratamiento.

Los resultados obtenidos en los ECA rigurosamente controlados suelen verse disminuidos en la práctica clínica. Este fenómeno, denominado “caída de tensión” o brecha entre la investigación y la práctica⁶, es común en medicina, pero tiene algunas consideraciones únicas en los tratamientos psicológicos. Muchos de los procedimientos de investigación necesarios para garantizar la validez interna reducen la posibilidad de generalización. Por ejemplo, los procesos de integridad del tratamiento son controles de calidad que pueden reforzar la potencia del tratamiento, pero no son procesos que existan habitualmente en el mundo real. Se necesitan ensayos de aplicación posteriores para evaluar los efectos de un tratamiento en condiciones reales⁷.

En las últimas dos décadas se ha producido un crecimiento espectacular en el número de ECA que evalúan intervenciones digitales de salud mental, realizadas a través de aplicaciones para teléfonos inteligentes o sitios web. Estas intervenciones se pueden implementar de forma totalmente automatizada (sin ningún tipo de apoyo humano), dirigida o guiada (incluyendo algún tipo de apoyo humano de baja intensidad de un terapeuta o entrenador), o como complemento al tratamiento estándar. Dado que una intervención digital de salud mental se define claramente a través del código del software, no se necesitan medidas de integridad del tratamiento para la parte digital de la intervención. Aunque los procedimientos

de integridad del tratamiento siguen siendo recomendables para los componentes de apoyo humano, este apoyo suele ser mucho menos complejo que la psicoterapia y, por tanto, más sencillo de gestionar y potencialmente más generalizable. La definición y selección del tratamiento de control plantea retos similares a los descritos anteriormente, con posibles elementos de control adicionales, incluida la recepción de una app simulada o alternativa.

La metodología tradicional de los ECA exige que el tratamiento se mantenga constante durante todo el ensayo, para que quede claro qué se está evaluando exactamente. A diferencia de los medicamentos, que no cambian en absoluto, y las psicoterapias, en las que los manuales de tratamiento permanecen constantes, las apps cambian con frecuencia. Una vez finalizado un ECA, es probable que una app se modifique antes de salir al mercado y que siga modificándose posteriormente. Por lo tanto, sostenemos que los ECA deberían probar los métodos de tratamiento y los principios de las intervenciones digitales de salud mental en lugar de los propios productos, ya que el producto seguirá evolucionando mientras esté disponible y sea compatible.

Los ensayos de principios de intervención (TIP)⁸ permiten mejorar iterativamente la app experimental durante el ensayo mediante la incorporación de nuevos aprendizajes, reflejando así la naturaleza dinámica de las tecnologías digitales. Se articula *a priori* una declaración de principios, que se utiliza para restringir cualquier cambio iterativo realizado durante el ensayo, manteniendo así la validez interna. De acuerdo con las directrices de presentación de informes de CONSORT-EHEALTH, dichos cambios en la app deben documentarse y notificarse, permitiendo la transparencia⁹. Aunque los TIP articulan una solución a los retos que plantea la evaluación de las intervenciones digitales en salud mental, la forma en que se define la evidencia para los productos digitales que evolucionan continuamente sigue siendo un área de debate.

En resumen, los ECA bien controlados de intervenciones psicológicas son necesarios para proteger a todas las partes interesadas, incluidos los pacientes, de tratamientos ineficaces. Las consideraciones exclusivas de los ECA para intervenciones psicológicas incluyen la definición de las condiciones de control y la garantía de que los procedimientos de integridad del tratamiento sean consistentes en todos los brazos de tratamiento. Con el creciente número de ECA para intervenciones digitales de salud mental, las metodologías de los ECA deben adaptarse aún más para tener en cuenta la naturaleza cambiante de las tecnologías digitales, que pueden incluir métodos que permitan la iteración de la app experimental durante el ensayo.

David C. Mohr

Center for Behavioral Intervention Technologies, Department of Preventive Medicine, Chicago, IL, USA

1. Freedland KE, Mohr DC, Davidson KW et al. *Psychosom Med* 2011;73:323-35.
2. Mohr DC, Ho J, Hart TL et al. *Transl Behav Med* 2014;4:407-23.
3. Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM et al. *Acta Psychiatr Scand* 2014;130:181-92.
4. Mohr DC, Spring B, Freedland KE et al. *Psychother Psychosom* 2009;78:275-84.
5. Gold SM, Enck P, Hasselmann H et al. *Lancet Psychiatry* 2017;4:725-32.
6. Chambers DA, Glasgow RE, Stange KC. *Implement Sci* 2013;8:117.
7. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H et al. *BMC Psychol* 2015;3:32.
8. Mohr DC, Schueller SM, Riley WT et al. *J Med Internet Res* 2015;17:e166.
9. Eysenbach G, CONSORT-EHEALTH Group. *J Med Internet Res* 2011;13:e126.

DOI:10.1002/wps.21207

(Mohr DC. *Standards for randomized controlled trials of efficacy of psychological treatments. World Psychiatry* 2024;23:286-287)

El futuro de las redes dinámicas en la investigación y la práctica clínica

Un problema atrae otros problemas¹. Un individuo que tiene un síntoma (p. ej., sentimientos de tristeza) a menudo tendrá más síntomas con el tiempo (p. ej., trastornos del sueño). La observación de que los síntomas generan otros síntomas ha dado lugar a la muy influyente teoría de la red psicopatológica, que se centra en cómo los trastornos mentales pueden verse como redes de síntomas que interactúan entre sí². En estas redes psicopatológicas, los síntomas son los nodos y las conexiones entre ellos se denominan aristas.

La teoría de las redes postula que los individuos pueden tener diferentes redes de síntomas, que también pueden cambiar dentro de una misma persona en el curso del tiempo. No solo es probable que los síntomas en la red sean diferentes entre individuos; también es probable que difieran las conexiones entre los síntomas. Mientras que para la persona A los trastornos del sueño pueden desencadenar pensamientos suicidas, es posible que este no sea el caso para la persona B. Por consiguiente, una noción central derivada de la teoría de la red es que las intervenciones no solo deben centrarse en los síntomas, sino también en las conexiones entre ellos, para romper el círculo vicioso.

En la investigación y la práctica clínicas, las redes para pacientes suelen inferirse a partir de series temporales de datos basadas en cuestionarios sobre síntomas y/o emociones que se administran varias veces al día durante, por ejemplo, un periodo de varias semanas. Las redes basadas en estos datos se denominan *redes dinámicas específicas de cada persona*. Aunque los modelos utilizados para inferir estas redes dinámicas no son nuevos, sí lo es la visualización de estos modelos, que hace que el modelado de redes resulte atractivo y tangible tanto para la investigación como para la práctica clínica³.

Lo que a menudo se pasa por alto en este campo es la necesidad de salvar la distancia que separa una teoría perspicaz de un modelo real. Para pasar de una teoría de redes a un modelo hay que dar, en términos generales, dos pasos. El primero tiene que ver con el tipo de datos que hay que recoger del paciente, y el segundo con el modelado de esos datos de forma que hagan justicia a la teoría.

Por lo tanto, el primer paso para un modelo de red dinámica es recopilar y seleccionar los datos necesarios. En la teoría de redes, el enfoque se ha centrado en los síntomas y las emociones, por lo que la mayoría de las redes dinámicas específicas de cada persona incluyen casi exclusivamente elementos de síntomas y/o emociones. Sin embargo, en las redes pueden incluirse otros elementos conductuales, contextuales y cognitivos⁴. Las emociones y los síntomas indican cómo se encuentra el paciente, mientras que los elementos conductuales, contextuales y cognitivos pueden ayudar a comprender por qué el paciente se siente de una determinada manera. Esto puede ayudar a orientar las intervenciones terapéuticas, por ejemplo, indicando comportamientos, contactos sociales o pensamientos que conducen a sentimientos de tristeza. Además, estos elementos deben formularse y personalizarse en términos de contenido en colaboración con el paciente, lo que puede aumentar las posibilidades de captar aspectos cruciales de su vida diaria y reflejar mejor sus intereses y experiencias en general⁵.

También deben tenerse en cuenta otras fuentes distintas de los datos del cuestionario, como las redes sociales, la detección pasiva y muchos otros tipos de datos de series temporales disponibles. La recopilación de datos de detección pasiva (p. ej., seguimiento de la ubicación de teléfonos móviles) puede reducir la carga para el paciente, ya que los datos se recopilan automáticamente. Además,

puede aportar nuevas perspectivas terapéuticamente relevantes que complementen los datos del cuestionario. Por ejemplo, si un paciente con ansiedad social indica en un cuestionario que ha seguido una conferencia, no queda claro si tuvo un avance y realmente fue al campus, o vio la conferencia online en casa, pero los datos de seguimiento de la ubicación pueden proporcionar esta información complementaria.

Una vez elegida la fuente de datos, es necesario identificar un modelo para inferir la red. Con respecto a este segundo paso, los modelos basados en la autorregresión vectorial son los más comúnmente utilizados para inferir estas redes específicas de cada persona. Un modelo autorregresivo vectorial permite estudiar, por ejemplo, los efectos predictivos recíprocos: ¿predice el estrés la tristeza posterior de una persona, sucede al revés, o se predicen entre sí el estrés y la tristeza?

Aunque este modelo hace justicia a la estructura dinámica de los datos, es demasiado limitado para captar todos los aspectos de la teoría de redes. De hecho, no puede abordar el cambio en la red, cuando este suele ser uno de los principales elementos de interés (p. ej., ¿mejoró el estado de ánimo del paciente?, y ¿por qué?). Además, no se pueden modelar simultáneamente diferentes variables medidas en diferentes escalas temporales (p. ej., calidad del sueño vs. estado de ánimo), lo que significa que a menudo factores como la calidad del sueño (medida una vez al día) no se tienen en cuenta en la red, aunque se sabe que afecta al estado de ánimo (el estado de ánimo suele medirse varias veces al día). Además, estos modelos requieren muchos datos, lo que significa que a menudo se necesitan muchos puntos temporales (más de 100 por individuo) para modelar todas las variables relevantes en la red⁶.

Más allá de las muchas opciones diferentes que se podrían tomar en la búsqueda de un modelo de red, también se podría tomar una dirección totalmente diferente. La teoría de redes en sí no está vinculada a ningún modelo, ni a un número de variables. Por lo tanto, ajustar un modelo autorregresivo vectorial a todas las variables relevantes para inferir una red dinámica no es necesario ni aconsejable *per se*, ya que incluir más variables sin aumentar el número de puntos temporales solo disminuirá la precisión de la red estimada⁷.

En lugar del objetivo bastante ambicioso y amplio de intentar desentrañar los procesos dinámicos entre síntomas, un enfoque más viable podría consistir en poner a prueba cuestiones específicas y concretas, que a menudo surgen de forma natural entre el paciente y el terapeuta (p. ej., en el análisis funcional)⁸. Estudiar la relación entre solo dos variables ya puede ser de interés: por ejemplo, estudiar si una actividad física específica provoca un cambio positivo en el patrón de sueño. Esto todavía está en línea con la teoría de redes (cómo se influyen mutuamente las variables), pero, dado el enfoque sobre el cambio, no debería estudiarse con el modelo autorregresivo vectorial estándar⁹. En su lugar, podría estudiarse, por ejemplo, con modelos de cambio de régimen. Con estos modelos, se podría investigar si hay diferentes regímenes en los datos, y si el régimen de más actividad física (vs. menos actividad física) se asocia con un cambio positivo en el patrón de sueño⁴. En general, diferentes preguntas podrían requerir diferentes modelos (de red). Por lo tanto, también es esencial ampliar nuestro arsenal disponible de técnicas estadísticas para optimizar el paso de la teoría de redes a un modelo real.

En resumen, vemos que hasta ahora las redes dinámicas se han aplicado de una forma bastante restrictiva, en la que a menudo

solo se utilizan variables específicas y un modelo específico. Es importante destacar que la teoría de redes no impone restricciones a los datos ni al modelo utilizado para llegar a una red específica de una persona. Esto significa que en el futuro no tendremos que aferrarnos a datos o modelos específicos. En definitiva, tanto los investigadores como los clínicos deben explicar cómo quieren aplicar la teoría de redes a un paciente y una situación específicos, y después considerar qué tipo de datos y modelo son los más adecuados para ese propósito.

Laura F. Bringmann

Department of Psychometric and Statistics and Interdisciplinary Center Psychopathology and Emotion regulation (ICPE), University of Groningen, Groningen, The Netherlands

1. Fried EI, Cramer AO. *Perspect Psychol Sci* 2017;12:999-1020.
2. Borsboom D. *World Psychiatry* 2017;16:5-13.
3. Epskamp S, Cramer AO, Waldorp LJ et al. *J Stat Softw* 2012;48:1-18.
4. Bringmann LF, Albers C, Bockting C et al. *Behav Res Ther* 2022;149:104011.
5. von Klipstein L, Riese H, van der Veen et al. *BMC Med* 2020;18:1-8.
6. Bringmann LF. *Curr Opin Psychol* 2021;41:59-64.
7. Mansueto AC, Wiers RW, van Weert J et al. *Psychol Methods* 2023;28:1052-68.
8. Scholten S, Lischetzke T, Glombiewski JA. *Psychother Res* 2022;32:52-64.
9. Haslbeck JMB, Ryan O. *Multivar Behav Res* 2022;57:735-66.

DOI:10.1002/wps.21209

(Bringmann LF. *The future of dynamic networks in research and clinical practice. World Psychiatry* 2024;23:288-289)

La promesa de la terapia de recuperación social en las psicosis no afectivas

Las psicosis no afectivas (esquizofrenia y trastornos esquizofreniformes) son las enfermedades de los adultos en edad laboral que con más frecuencia se asocian a malos resultados sociales. Los estudios de seguimiento a largo plazo sugieren que menos del 50% de las personas con estas afecciones logra recuperarse socialmente, menos del 15% logra una recuperación sostenida tanto en el dominio sintomático como en el social, y solo el 10-20% de las personas vuelve a tener un empleo competitivo, a pesar de que la mayoría afirma que desea trabajar¹.

La terapia de recuperación social (TRS) es un tratamiento psicossocial para promover la recuperación social en personas con psicosis no afectiva que son socialmente retraídas, tienen problemas complejos y comórbidos y no responden a las intervenciones existentes. Se basa en un modelo en el que la discapacidad social evoluciona como resultado de patrones de estilo de vida de baja actividad, adoptados para lograr la evitación conductual, y mantenidos por la falta de esperanza, de capacidad de actuar y de motivación.

La discapacidad social en la psicosis suele producirse en el contexto de síntomas positivos y negativos persistentes y deterioro cognitivo, a menudo acompañados de depresión, ansiedad y otras manifestaciones psicopatológicas. A estas cuestiones se unen circunstancias sociales complejas y cuestiones sistémicas, como dinámicas familiares problemáticas, victimización, amenaza social y privación social. Ante tales problemas, los individuos adoptan patrones de vida de retraimiento social extremo, abandonando el trabajo o la educación y perdiendo el contacto con las redes sociales.

La TRS se describe en un manual² y se imparte individualmente durante 9 meses. Las sesiones tienen lugar en los domicilios de los participantes y en ubicaciones comunitarias. Suele haber contacto provisional por teléfono y correo electrónico. La TRS se estructura en tres etapas. La etapa 1 incluye la evaluación y desarrollo de una formulación compartida de recuperación social. La etapa 2 implica la identificación de objetivos a medio y largo plazo y el trabajo en pos de los mismos, guiados por una formulación sistémica de las barreras a la recuperación, con especial atención a la promoción de un sentido de agencia (capacidad de actuar), esperanza y motivación, y al fomento de la actividad al tiempo que se controlan los síntomas psicóticos. La etapa 3 implica la promoción activa de una actividad estructurada vinculada a objetivos significativos, sin dejar de controlar los síntomas.

La intervención se centra en los valores y objetivos personales del individuo, identificando los problemas y las barreras que se oponen a ellos, para después promover la esperanza de un cambio y una actividad conductual significativa hacia estos objetivos. Se hace especial hincapié en el uso de estrategias conductuales (incluidos los experimentos conductuales, la exposición graduada y la activación conductual) para superar la evitación y promover un cambio significativo del estilo de vida *in vivo*, al tiempo que se controlan los síntomas, según sea necesario, para aplicar una vía concreta hacia la recuperación social. La evidencia y las experiencias de este trabajo conductual se utilizan para infundir esperanza y promover creencias positivas sobre uno mismo mientras el individuo trabaja para lograr un cambio significativo en su vida.

Dado que la TRS tiene como objetivo que las personas con psicosis participen en actividades estructuradas, a menudo incluye ayudarles a acceder a oportunidades de empleo, educación, formación, voluntariado y/o ocio. Gran parte de la TRS tiene lugar en entornos comunitarios. A menudo es útil que el terapeuta lleve al paciente a lugares y entornos nuevos o le acompañe en transporte público.

Lograr avances en la recuperación social en un contexto de a menudo años de retraimiento y desventaja social significa que los terapeutas tienen que integrar técnicas típicamente asociadas con el tratamiento asertivo comunitario y el empleo con apoyo. También es importante trabajar de forma sistémica con las familias y partes interesadas que rodean al individuo para promover oportunidades en el entorno social. La activación conductual y los experimentos conductuales se llevan a cabo en consonancia con los objetivos y valores identificados por el cliente y a un ritmo respetuoso con la naturaleza de las dificultades a las que se enfrenta. El terapeuta trabaja junto al paciente para ayudarle en su motivación y compromiso en actividades identificadas que puedan incorporarse a la vida diaria, y desarrollar estrategias de colaboración para hacer frente a los síntomas en curso *in vivo*.

Hasta la fecha, hemos llevado a cabo dos ensayos controlados aleatorizados ciegos para el evaluador sobre la TRS en personas con psicosis con discapacidad social grave.

En el ensayo Programa de Mejora de la Recuperación Social en Psicosis Temprana (ISREP, Improving Social Recovery in Early Psychosis)³, 77 participantes con psicosis afectiva o no afectiva que presentaban retraimiento social fueron asignados aleatoriamente para recibir TRS más tratamiento habitual (TAU) o TAU

solo. El TAU consistía en el manejo clínico de casos por parte de un equipo de atención secundaria de salud mental. En el grupo de psicosis no afectiva, la TRS mostró un efecto significativo y clínicamente beneficioso sobre el resultado primario consistente en horas semanales de actividad estructurada, así como sobre los síntomas positivos y negativos. También hubo un efecto de la TRS sobre la desesperanza y las creencias positivas sobre uno mismo, siendo las mejoras en estas variables un mediador del cambio en la actividad estructurada. La intervención también fue rentable⁴.

SUPEREDEN3⁵ fue un ensayo de fase 2 más grande (N=154) cuyo objetivo era mejorar la recuperación social en pacientes que no habían respondido al tratamiento del servicio de intervención temprana (EIS), combinando la prestación estándar del EIS con la TRS. El análisis primario indicó que la TRS más el EIS se asoció con un aumento medio de la actividad estructurada de más de 8 horas semanales respecto al EIS solo (IC 95%: 2,5-13,6; $p=0,005$). La magnitud de efecto representa una cantidad de actividad equivalente a una jornada laboral completa.

Hay evidencia de los dos ensayos anteriores de que los beneficios de la TRS pueden mantenerse 6 meses después del tratamiento activo. En otro estudio de seguimiento a más largo plazo del grupo ISREP⁶, ninguno de los 24 casos del grupo TAU había conseguido un empleo remunerado en el año siguiente al final del periodo de intervención, en comparación con 5 de los 20 casos (25%) del grupo TRS+TAU.

La TRS resulta muy prometedora para promover la recuperación social en casos complejos de psicosis no afectiva en los que hay poca evidencia de respuesta a otras intervenciones. Aunque los resultados de los dos ensayos controlados aleatorios disponibles son positivos, se necesitan más estudios pragmáticos a gran escala, posiblemente ampliados a casos más crónicos. También puede resultar

prometedor combinar enfoques de TRS con otras intervenciones psicosociales, como la terapia de rehabilitación cognitiva⁷.

Hemos diseñado la TRS para que pueda ser impartida en formatos de tareas compartidas por un personal menos costoso y más ampliamente disponible que el que participó en los ensayos anteriores. En la actualidad hemos desarrollado un amplio material de formación, que incluye vídeos, así como guías de cumplimiento y supervisión, que hemos recopilado en un sitio web⁸. A través de este trabajo y otros relacionados, hemos descubierto que es posible formar a “terapeutas no expertos” en elementos clave del enfoque de la TRS, que luego pueden aplicarse con éxito siguiendo el manual.

Lo que se necesita en el futuro es aprovechar la promesa de los actuales ensayos de TRS hacia una mayor investigación e implementación que involucre a terapeutas no expertos y se extienda a poblaciones más amplias de personas con psicosis no afectiva en la comunidad.

David Fowler

School of Psychology, University of Sussex, Brighton, UK

1. Griffiths SL, Wood SJ, Birchwood M. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28:140-5.
2. Fowler D, Hodgekins J, Berry C et al. *Psychosis* 2019;11:261-72.
3. Fowler D, Hodgekins J, Painter M et al. *Psychol Med* 2009;39:1627-36.
4. Barton GR, Hodgekins J, Mugford M et al. *Schizophr Res* 2009;112:158-63.
5. Fowler D, Hodgekins J, French P et al. *Lancet Psychiatry* 2018;5:41-50.
6. Fowler D, Hodgekins J, French P. *Schizophr Res* 2019;203:99-104.
7. Frawley E, Cowman M, Cella M et al. *Pilot Feasibility Stud* 2022;8:109.
8. Fowler D, Hodgekins J, Berry C et al. <https://www.socialrecoverytherapy.co.uk>.

DOI:10.1002/wps.21208

(Fowler D. *The promise of social recovery therapy in non-affective psychoses*. *World Psychiatry* 2024;23:289–290)

La agregación de ganancias marginales: una filosofía pragmática de la atención clínica en psiquiatría

La tópica frase inicial de muchos artículos del ámbito psiquiátrico lamenta la limitada eficacia de los tratamientos individuales. Sin embargo, esta verdad singular dista mucho de ser toda la verdad. La teoría de la agregación de ganancias marginales, también conocida como la “teoría de la mejora del 1%”, plantea que las mejoras pequeñas, sostenidas e incrementales en múltiples áreas pueden conducir a un progreso global sustancial en un campo determinado¹. Esta teoría se ha aplicado en diversos ámbitos, como el deporte, los negocios y la atención médica, y parece ser relevante para la práctica clínica psiquiátrica.

Este enfoque fue adoptado por el equipo ciclista británico Sky. La dirección del equipo introdujo múltiples cambios pequeños y mejoras en diversos aspectos del funcionamiento del equipo, incluyendo el entrenamiento, nutrición, sueño, equipamiento y recuperación. El objetivo era combinar estas pequeñas mejoras individualmente para lograr un aumento general significativo del rendimiento. Esta alquimia logró transmutar con éxito los fracasos plomizos en victorias de oro en el Tour de Francia. Desde entonces, el concepto de “agregación de ganancias marginales” se ha adoptado ampliamente en otros campos y se ha convertido en un enfoque popular para lograr la mejora continua¹. Esta noción concuerda con la opinión de Stein et al, expuesta recientemente en esta revista², de que el progreso en psiquiatría probablemente no estará impulsado por un paradigma transformador singular, sino por “el progreso incremental y la integración iterativa”.

Un enfoque de la agregación de ganancias marginales en psiquiatría puede basarse en la utilización concomitante de intervenciones dirigidas a factores de riesgo específicos o vías operativas para un individuo. Como argumenta Kendler³, los trastornos psiquiátricos son altamente multicausales, y se han identificado hasta 37 factores de riesgo potenciales, por ejemplo, para la depresión. Además, Borsboom et al⁴ muestran que la compleja interacción en red de múltiples factores da lugar a síndromes psiquiátricos complejos, que no pueden explicarse mediante modelos reduccionistas.

Asimismo, Loscalzo et al⁵ utilizaron las matemáticas de redes para mostrar que las interacciones entre todos los factores relevantes (el “interactoma”) y todos los cambios que pueden conducir a un estado de enfermedad (el “enfermoma”) forman redes estables. Estas redes, cuando se ven perturbadas por intervenciones terapéuticas, se adaptan y pueden conducir a un estado saludable (el “saludoma”). Sin embargo, este estado de salud tiende a ser temporal, y la red tenderá a volver al estado de enfermedad “a menos que múltiples intervenciones bloqueen la red en el estado de salud”.

Además, mediante la modelización de factores que causan otros factores (p. ej., el insomnio puede causar fatiga), los clínicos pueden identificar las áreas más importantes a las que dirigir las intervenciones². En este sentido, el modelo de “queso suizo” de mitigación de riesgos⁶ puede ser ilustrativo de un camino a seguir. Ampliamente utilizado en el ámbito de la salud pública, este enfoque se centra en mejoras incrementales a través de varias intervenciones imperfectas para proporcionar un efecto sumatorio mayor que cualquier intervención aislada.

Los intentos de conceptualizar y tratar los trastornos psiquiátricos como monocausales o simplemente lineales han sido, en general, infructuosos. Por extensión, ahora se necesitan enfoques que aprove-

chen los modelos de redes complejas multicausales anteriores en el tratamiento. Esto también tiene el potencial de personalizar el tratamiento de forma pragmática. Los enfoques de medicina de precisión se han centrado en gran medida en los biomarcadores y otros factores singulares capaces de estratificar la atención. Por el contrario, la formulación clínica pretende comprender y explicar la diversidad y la red de múltiples factores predisponentes, que precipitan y perpetúan factores que conducen a los problemas y síntomas de un individuo⁷. Estos factores abarcan la carga genética, los diferentes factores etiológicos para aquellos con una edad de inicio más temprana o más tardía, el impacto de los acontecimientos vitales y factores estresantes tempranos o en curso, el estilo de vida y los factores ambientales; el consumo de sustancias comórbido, las afecciones médicas o psiquiátricas; las experiencias vitales tempranas, el desarrollo y esquemas cognitivos posteriores, las fortalezas y dificultades de la personalidad, así como las relaciones y apoyos actuales^{7,8}.

Fusionar los constructos de agregación de ganancias marginales y la formulación clínica compleja es una forma pragmática de identificar las vías de riesgo de un individuo y combinar la multitud de los posibles tratamientos disponibles.

Además, un enfoque sustractivo se centra en eliminar los factores que podrían ser perjudiciales para la atención. Dos factores potencialmente maleables son la brecha en el tratamiento, por la que personas con trastornos no tienen acceso a la atención, y la brecha entre evidencia y práctica, que se refiere a la diferencia entre el tratamiento recibido y la base de evidencia². Los sistemas sanitarios son complejas cadenas interconectadas, en las que cualquier perturbación en algún eslabón puede repercutir negativamente en los resultados clínicos. Un enfoque de mejora continua implica la evaluación periódica de la evolución del paciente y la identificación iterativa de nuevas áreas de mejora. Mediante la introducción continua de pequeñas mejoras individuales y a nivel del sistema y ajustando el plan de tratamiento según sea necesario, los clínicos pueden ayudar a sus pacientes a progresar continuamente en su salud.

Los factores relacionados con el estilo de vida intervienen en todo el espectro de trastornos psiquiátricos y físicos no transmisibles. En la actualidad hay abundante evidencia de que el tabaquismo aumenta el riesgo de varios trastornos psiquiátricos y empeora los resultados; también hay evidencia de que dejar de fumar, que antes se consideraba demasiado difícil, representa un logro clínico fácil, ya que se asocia con una mejora en muchos ámbitos de la salud mental. Lo mismo ocurre con el aumento de la actividad física, mejora del sueño y la dieta, y reducción de tiempo frente a la pantalla: las mejoras en estos dominios se asocian con mejores resultados en múltiples trastornos de salud mental y trastornos físicos comórbidos. Además, las pruebas farmacogenómicas podrían producir un beneficio marginal para un subgrupo de personas, al igual que el fenotipado y las terapias aumentadas digitalmente².

Además de sus efectos directos, las enfermedades y sus síntomas erosionan la capacidad de las personas para participar en actividades significativas, gratificantes y con un propósito. La programación de actividades, el fomento de aficiones y actividades, el apoyo al compromiso ocupacional, el voluntariado y la mejora de las redes sociales pueden aumentar la resiliencia y los apoyos, al igual que el apoyo a los cuidadores y las relaciones significativas.

Por lo tanto, los enfoques multidisciplinares centrados en pequeñas mejoras en diversas áreas pueden ayudar a mejorar significativamente la salud general. Beneficios aparentemente pequeños en un momento dado tienen sin embargo la capacidad, a través del interés compuesto, de convertirse en grandes beneficios en el curso del tiempo. Cada ganancia es una pequeña victoria que aumenta sutilmente la esperanza y potencia la confianza y la autoeficacia, incrementando la capacidad del individuo para emprender nuevas tareas. Al igual que el interés compuesto en la inversión no parece hacer mucho en los primeros años, pero representa una gran cantidad a lo largo de décadas, cada ganancia clínica amplifica otras ganancias y aumenta la posibilidad de nuevas mejoras en un ciclo que se autorrefuerza.

Otro constructo sinérgico es la persistencia. Un estudio reciente señala que la mayoría de personas que persistieron con hasta 10 tratamientos diferentes mostraron una mejoría clínica significativa⁹. Esta conclusión está respaldada por datos epidemiológicos que muestran que las personas que recibieron atención especializada multisectorial tenían más probabilidades de decir que habían recibido “muchísima ayuda”². La advertencia obvia es el tiempo: el plazo de seis u ocho semanas de los ensayos clínicos no es suficiente para que se produzca una mejora significativa en la mayoría de personas, por lo que es necesario establecer expectativas realistas. Para la mayoría de las personas, una mejora clínica suele medirse en meses, o en años.

En conclusión, la teoría de la agregación de ganancias marginales puede ser una filosofía pragmática y optimista de la atención clínica. Debido a la complejidad de los trastornos psiquiátricos, existen pocas soluciones mágicas. Al centrarse en múltiples mejoras pequeñas e incrementales en diversas áreas relacionadas con un individuo, los clínicos pueden ayudar a sus pacientes a progresar significativamente en su salud mental general. Utilizando la formulación clínica para adaptar la gran cantidad de opciones disponibles a las necesidades individuales, con la ayuda de un método mul-

tidisciplinario y de mejora continua, los clínicos pueden mejorar aún más la eficacia de este enfoque.

Michael Berk^{1,2}, Wolfgang Marx¹, Andrew A. Nierenberg^{3,4}

¹Institute for Mental and Physical Health and Clinical Translation (IMPACT), School of Medicine, Deakin University, Geelong, VIC, Australia; ²Orygen, Florey Institute for Neuroscience and Mental Health, and Department of Psychiatry, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia; ³Dauten Family Center for Bipolar Treatment Innovation, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA; ⁴Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

M. Berk cuenta con el apoyo de una Beca de Investigación Principal Sénior y de becas Leadership 3 Investigator (nº 1156072 y 2017131) del Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica de Australia. W. Marx está financiado por una Beca para Investigadores del Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica (nº 2008971) y una beca para inicio de carrera de Investigación sobre la Esclerosis Múltiple en Australia. A.A. Nierenberg cuenta con el apoyo de la Cátedra T.P. Hackett del Hospital General de Massachusetts, el Fondo Erdman y el Fondo de Innovación de la Familia Dauten.

1. Slater M. Olympics cycling: marginal gains underpin Team GB dominance. BBC Sport, August 8, 2012.
2. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV et al. World Psychiatry 2022;21:393-414.
3. Kendler KS. JAMA Psychiatry 2019;76:1085-91.
4. Borsboom D, Haslbeck JMB, Robinaugh DJ. World Psychiatry 2022;21:420-2.
5. Lee LY, Loscalzo J. Am J Pathol 2019;189:1311-26.
6. Reason J. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 1990;327:475-84.
7. Maj M, van Os J, De Hert M et al. World Psychiatry 2021;20:4-33.
8. Macneil CA, Hasty MK, Conus P et al. BMC Med 2012;10:1-3.
9. Kessler RC, Kazdin AE, Aguilar-Gaxiola S et al. World Psychiatry 2022;21:272-86.

DOI:10.1002/wps.21174

(Berk M, Marx W, Nierenberg AA. *The aggregation of marginal gains: a pragmatic philosophy of clinical care in psychiatry. World Psychiatry* 2024;23:291-292)

El NIMH apoya estudios genómicos más completos e inclusivos en psiquiatría

La inclusión de poblaciones diversas en los estudios genómicos es clave para generar hallazgos más completos, así como para garantizar una investigación equitativa. Sin embargo, la mayoría de estudios genómicos se han realizado hasta ahora en cohortes de ascendencia europea, con una representación mínima de otras poblaciones de todo el mundo^{1,2}. Para hacer frente a esta laguna histórica, el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. (NIMH) ha creado la Red de Poblaciones Ancestrales (APN), a través de dos oportunidades de financiación³.

La APN se formó con los objetivos generales de: a) acelerar el descubrimiento genético de trastornos psiquiátricos en cohortes de ascendencia no europea; b) avanzar en el descubrimiento y la equidad en salud mental a nivel mundial; c) facilitar los esfuerzos de armonización de las mediciones y análisis de datos para mejorar el rigor y la reproducibilidad; y d) generar un recurso para los miembros de la red y la comunidad científica. La APN también presenta una perspectiva global distintiva para reducir las desigualdades y disparidades en la investigación sobre salud mental, apoyando una fuerte representación de los líderes en el país, fortaleciendo la capacidad de investigación y promoviendo del desarrollo de investigadores en las primeras etapas de su carrera.

En conjunto, la APN recopilará y analizará datos de 200.000 participantes (casos, controles y familias) de más de 25 centros de todo el mundo, a través de siete proyectos.

El proyecto PUMAS (Estudios de la Asociación de Poblaciones Subrepresentadas en las Enfermedades Mentales) utilizará la recién desarrollada tecnología de secuenciación genómica combinada del exoma (BGE) para la caracterización genética de enfermedades mentales graves (EMG), incluidas las personas con espectro esquizofrénico o trastorno bipolar, en África, Sudamérica y EE.UU. El proyecto tiene como objetivo crear el mayor recurso fenotípico y genómico hasta la fecha de personas con ascendencia no europea con datos de EMG.

El proyecto Genómica de la Esquizofrenia en los Xhosa Sudafricanos (SAX-II) caracterizará la arquitectura genómica de la esquizofrenia en la población nativa xhosa de Sudáfrica, utilizando una combinación de métodos de secuenciación del genoma completo (WGS) de lectura larga y corta para identificar nuevas clases de mutaciones perjudiciales. Gracias a estas innovadoras tecnologías genómicas, el proyecto proporcionará una visión más profunda de la estructura genómica de individuos con esquizofrenia y servirá como recurso para otros estudios de comparación de casos y controles entre poblaciones ancestrales.

La Iniciativa Trans-Ancestral Latinoamericana para la Genómica del TOC (LATINO) identificará loci genómicos para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en la mayor cohorte latinoamericana hasta la fecha. Los loci genómicos significativos serán mapeados con precisión y se calcularán las puntuaciones de riesgo poligénico

(PRS) individuales para determinar la susceptibilidad genética. Los resultados de este estudio proporcionarán información significativa sobre la fisiopatología del TOC, lo que posiblemente conducirá a tratamientos y resultados clínicos más eficaces.

La Identificación de las Causas Genéticas de la Depresión en una Población Profundamente Fenotipada de Corea del Sur (KOMOGEN-D) identificará la variación genética de una cohorte profundamente fenotipada (incluyendo subtipos de depresión e influencias ambientales) de mujeres surcoreanas con depresión recurrente grave. Los datos de este estudio se seguirán metaanalizando con otras cohortes de relevancia para mejorar la utilidad de este recurso de creación única.

La Arquitectura Genética de la Psicosis de Inicio Temprano en Mexicanos (EPIMex) utilizará la secuenciación BGE para investigar la arquitectura genética de la psicosis de inicio temprano en una muestra pediátrica profundamente fenotipada (incluyendo determinantes sociales de la salud y medidas de exposición ambiental) en la Ciudad de México, creando el mayor recurso hasta la fecha de personas con esta afección. El proyecto mejorará nuestra comprensión de los factores de riesgo, con especial atención a la población mexicana, actualmente subrepresentada en los estudios de genética psiquiátrica.

La Red Asiática de Genética Bipolar (A-BIG-NET) generará un recurso genético a gran escala para el estudio del trastorno bipolar I en poblaciones del este y sur de Asia. Participantes de Taiwán, Corea del Sur, India y Singapur serán fenotipados en profundidad y sometidos a secuenciación BGE, a lo que se añadirán datos recopilados de un estudio previo en Pakistán, para identificar nuevas asociaciones genéticas y variantes causales putativas. Este recurso permitirá examinar y comparar la arquitectura genética del trastorno bipolar I en otras poblaciones del mundo para acelerar el descubrimiento de genes.

La Genómica del Autismo en Ascendencia Latinx (GALA) investigará el riesgo genético del trastorno del espectro autista en poblaciones de ascendencia hispano/latina, llevará a cabo estudios de asociación genómica transversal (GWAS) para examinar la variación genética común, realizará análisis de mapeo fino y co-localización de los resultados de GWAS, creará PRS e identificará variantes genéticas raras.

La APN brinda una oportunidad única para desarrollar áreas de gran relevancia para los estudios genómicos a gran escala, incluida la armonización de los fenotipos clínicos y cognitivos en diferentes entornos socioculturales de todo el mundo, el papel de los determinantes sociales de la salud, la ética de la investigación humana global, la capacidad y liderazgo de la investigación local y la transferencia recíproca de conocimientos entre entornos globales.

Se han creado varios grupos de trabajo para colaborar en estas áreas, entre ellos: a) un grupo de trabajo sobre armonización de fenotipos, cuyo objetivo es dar forma a las políticas y prácticas para esta armonización, identificando oportunidades para alinear las medidas de fenotipos entre proyectos, añadiendo nuevas medidas fenotípicas y estandarizando métodos; b) un grupo de trabajo sobre determinantes sociales de la salud, que facilite el debate sobre el impacto de los determinantes sociales de la salud en la investigación genómica, promueva análisis sobre la interacción dinámica entre la genética y los factores sociales en diferentes proyectos APN, y establezca un protocolo estándar y de fácil uso para recopilar medidas de determinantes sociales; c) un grupo de trabajo sobre ética, que dé forma y recomiende las mejores prácticas en materia de participación de la comunidad, equidad en las colaboraciones globales, consentimiento informado y proceso de capacidad de decisión, y mapeo de los comités de ética; d) un grupo de trabajo sobre desarrollo de capacidades, que dé forma a las políticas y prácticas

relativas al desarrollo del capital humano mediante la evaluación y definición de las necesidades, retos y fortalezas de los proyectos de la APN, la recopilación y el desarrollo de materiales de formación, y la recomendación de las mejores prácticas en relación con las colaboraciones equitativas; e) un grupo de trabajo sobre armonización de datos genómicos, con el objetivo de armonizar datos genómicos ancestralmente diversos para apoyar la generación de datos de alta calidad en toda la APN, desarrollando planes analíticos y planes computacionales fáciles de usar y estandarizados en todos los sitios, y facilitando la integración de análisis de variantes comunes y raras para análisis genéticos armonizados conjuntamente; y f) un grupo de trabajo sobre conceptos genéticos, facilitando y coordinando las pruebas de hipótesis genéticas en colaboración en toda la APN.

A través de sus esfuerzos de colaboración, la APN pretende crear un recurso único para el campo, con ejemplos y recomendaciones sobre cómo llevar a cabo colaboraciones genéticas científicas globales y equitativas, así como delinear consideraciones éticas para establecer nuevos sitios de reclutamiento, involucrando a las comunidades locales y abordando el estigma y las dudas sobre la investigación en lo que respecta a la participación en la investigación genética psiquiátrica. Además, la APN proporcionará las mejores prácticas sobre los esfuerzos de armonización transdiagnóstica fenotípica culturalmente adaptativa y la integración de datos fenotípicos y genómicos. También incluirá recomendaciones sobre la recopilación de medidas de los determinantes sociales de la salud y otras exposiciones ambientales en los estudios genéticos de salud mental.

En el espacio genómico, la APN tiene como objetivo potenciar los esfuerzos de descubrimiento de genes mejorando la potencia para el descubrimiento de variantes comunes y raras, explorando la variación específica de la población y mejorando los esfuerzos de mapeo fino transancestral. Esto, a su vez, puede facilitar el perfeccionamiento de la transferibilidad de PRS entre poblaciones, abordar cuestiones relacionadas con la mezcla, trabajar para obtener mapas de referencia específicos de cada población más completos y examinar la arquitectura genética compartida y distinta entre diferentes trastornos y síntomas psiquiátricos.

En el ámbito de la formación y la capacidad de investigación, la APN está adoptando un enfoque centrado en la genética psiquiátrica para desarrollar y promover la próxima generación de investigadores en todo el mundo. Mediante la inclusión de un grupo más amplio de poblaciones diversas de todo el mundo, la APN tiene como objetivo mejorar nuestra comprensión de las enfermedades mentales, lo que facilitaría el desarrollo de nuevas intervenciones en beneficio de personas de todos los grupos raciales y étnicos.

Miri Gitik, Lora A. Bingaman, Laura M. Rowland, Andrea Horvath Marques

National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA

Puede encontrar más información sobre la Red de Poblaciones Ancestrales en <https://www.nimh.nih.gov/about/organization/dnbbs/genomics-research-branch/ancestral-populations-network-apn>.

1. Fatumo S, Chikowore T, Choudhury A et al. Nat Med 2022;28:243-50.
2. Ju D, Hui D, Hammond DA et al. Annu Rev Biomed Data Sci 2022;5:321-39.
3. US Department of Health and Human Services. <https://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/par-20-026.html>.

DOI:10.1002/wps.21211

(Gitik M, Bingaman LA, Rowland LM, Marques AH. The NIMH supports more comprehensive and inclusive genomic studies in psychiatry. World Psychiatry 2024;23:292-293)

Tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en entornos penitenciarios: declaración de la Red Científica Informal ONUDD-OMS, Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas

Desde 2014, la Red Científica Informal (ISN) de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llevado la voz de la ciencia a los debates internacionales sobre políticas de drogas, especialmente en la Comisión de Estupefacientes (CND), órgano de las Naciones Unidas (ONU) encargado de formular políticas de control de drogas. La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas, incluida la prevención y el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias (TUS), ha pasado a ocupar un lugar destacado en los debates políticos dentro del sistema de las Naciones Unidas¹.

Muchas personas del sistema de justicia penal tienen antecedentes de TUS y otros trastornos mentales. Se calcula que una de cada tres personas en prisión ha consumido drogas durante su reclusión². La población penitenciaria mundial asciende a 11,2 millones de personas³, y sigue aumentando. Esta situación y el consiguiente hacinamiento en las prisiones tienen profundas implicaciones en la salud física y mental de las personas encarceladas y en el bienestar de sus familias y comunidades.

Si las personas con TUS participan en actividades delictivas, a menudo se trata de delitos menores motivados por la necesidad de sustentar su consumo de sustancias⁴. El encarcelamiento no es una respuesta efectiva al consumo de sustancias/TUS⁵, y puede agravar problemas preexistentes. Los TUS deberían tratarse como problemas de salud y no como conductas delictivas. Es esencial proporcionar un tratamiento accesible y basado en la evidencia en la comunidad y establecer diferentes medidas no privativas de libertad, incluido el tratamiento por TUS como alternativa a la condena o el castigo para personas con TUS en contacto con el sistema de justicia penal. En el caso de los delitos relacionados con el consumo personal de drogas y otros delitos menores cometidos por personas con TUS, los países deberían redirigirlos hacia la atención sanitaria y los servicios sociales en lugar de aplicar medidas punitivas ineficaces.

Este enfoque está en consonancia con los Estándares Internacionales para el Tratamiento de los Trastornos Relacionados con el Consumo de Drogas de la ONUDD-OMS⁴ y las Convenciones sobre Control Internacional de Drogas, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos⁶, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas No Privativas de Libertad⁷, así como las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de Libertad para Mujeres Delinquentes⁸.

Cuando la gravedad del delito impide considerar el tratamiento como una alternativa a la condena o el castigo, los países deben garantizar el acceso al tratamiento por TUS en los centros penitenciarios y asegurar la continuidad del tratamiento de acuerdo con los servicios prestados en la comunidad. Ofrecer tratamiento y atención en el ámbito penitenciario se corresponde con la resolución 61/7 de la CND sobre "Atención de las necesidades específicas de los miembros vulnerables de la sociedad en respuesta al problema mundial de las drogas"⁹ y el Documento Final sobre Drogas del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2016¹.

Para garantizar que las personas con TUS en entornos penitenciarios reciban un tratamiento adecuado en consonancia con las normas y directrices internacionales, la ISN recomienda lo siguiente:

- Las personas que consumen sustancias psicoactivas con fines no médicos o que tienen TUS no deben ser penalizadas por su consumo de sustancias. Las personas con TUS, incluidas las que se encuentran en centros penitenciarios, deberían tener acceso a tratamiento voluntario independientemente de su situación legal.
- Deben ofrecerse alternativas a la condena o el castigo a personas con consumo de sustancias/TUS que hayan cometido delitos menores, con el objetivo de reducir la criminalidad, la reincidencia y las muertes, y mejorar la salud y el bienestar al tiempo que se refuerza la justicia social.
- Debe realizarse un cribado clínico del consumo de sustancias/TUS y sus comorbilidades, en particular el suicidio, antes y durante la estancia en prisión, para llegar al diagnóstico correcto necesario para garantizar un tratamiento adecuado y prevenir la exacerbación del consumo de sustancias/TUS.
- La atención a los TUS debe seguir pautas éticas, respetar los principios de los derechos humanos y ajustarse a las normas y estándares internacionales. No debe utilizarse con fines punitivos.
- Deben establecerse mecanismos de revisión independientes, que sigan estándares aceptados, para garantizar una atención de calidad y un tratamiento ético en los centros penitenciarios.
- En todos los casos relacionados con la justicia, las personas deben recibir tratamiento y cuidado de un nivel estándar igual al de la comunidad, independientemente de su género, edad, raza, condición religiosa, cultural o social, incluyendo programas para personas con necesidades especiales de tratamiento y atención.
- El tratamiento para personas con TUS debe seguir un proceso continuo de atención que incluya servicios sanitarios y sociales más amplios para reforzar el éxito a la vuelta a la comunidad y la prevención del consumo de drogas, especialmente para niños y familiares de personas encarceladas.
- La prestación de tratamiento para TUS por parte de los servicios de salud penitenciarios debería ser clínicamente independiente de las administraciones penitenciarias y, sin embargo, estar coordinados de forma efectiva.
- El tratamiento farmacológico basado en la evidencia debe estar ampliamente disponible para el tratamiento de TUS en prisión y al regreso a la comunidad, incluyendo las afecciones coexistentes. La naloxona debe ser accesible para tratar las sobredosis en los centros de justicia penal y tras la puesta en libertad, y debe garantizarse la formación pertinente de profesionales y reclusos.
- Debe proporcionarse formación profesional al personal, tanto sanitario como judicial, para garantizar la calidad de la atención y la sostenibilidad.
- Debe disponerse de financiación adecuada para garantizar una atención de calidad de TUS antes, durante y después del encarcelamiento.

- Debe garantizarse el apoyo y la inversión en la recopilación sistemática de datos para supervisar, evaluar y asignar recursos.
- Reconociendo que los determinantes sociales de la salud pueden ser factores de riesgo para el consumo de sustancias y para la delincuencia, deben desarrollarse políticas para abordarlos, ya que son igualmente importantes para la rehabilitación y la recuperación de personas con TUS.

Se ha demostrado que el tratamiento de TUS basado en la evidencia es fundamental para reducir el consumo de sustancias, las sobredosis, la reincidencia delictiva y el reencarcelamiento en poblaciones con antecedentes penales. Las intervenciones de tratamiento y atención en consonancia con las Normas Internacionales de la ONUDD-OMS pueden contribuir a apoyar tanto el bienestar de la comunidad como la promoción de la recuperación personal. Para garantizar que todas las personas con TUS que entran en contacto con el sistema de justicia penal, incluidas las que están en prisión, reciban el mismo nivel de atención, respeto y dignidad, la ISN insta a los Estados Miembros de las Naciones Unidas a que cambien su respuesta a los TUS de una estrategia de justicia penal a una estrategia de salud pública.

Nora D. Volkow¹, Orlando Scoppetta², Anja Busse³, Vladimir Poznyak⁴, Dzmitry Krupchanka⁴, Giovanna Campello³, y la UNODC/WHO Informal Scientific Network

¹National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD, USA; ²Corporación Nuevos Rumbos, Bogotá, Colombia; ³UN Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria; ⁴Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Los autores agradecen a C. Gamboa-Riano, H. Fritz, J. Hobin, A. Lee, E. Einstein, E.M. Wargo y T. Clarke su valiosa labor editorial. Los autores son los únicos responsables de las opiniones expresadas en esta carta, que no representan necesariamente las opiniones, decisiones o políticas de las institu-

ciones a las que están afiliados. Entre los miembros de la ISN ONUDD-OMS se encuentran E. Adjei-Acquah, M. al'Absi, S. Al Emadi, O.A. Alibrahim, P. Arwidson, S. Ben-Ezra, J.G. Bramness, M. Branting, E. Bryun, M. Chakali, C.F. Damin, G. Fischer, E. Krupitsky, R. Lal, C. Leonardi, Z. Liu, M.A. Mahfouz, I. Maremmanni, M.T. Matar, S.A. Maua, M.E. Medina-Mora, T. Mota Ronzani, E. Neumeier, I. Obot, S. Onen, K.M. Ostaszewski, P. Roska, M.P. Schaub, O. Scoppetta, V.I. Skriabin, M. Torrens, S.T. Zhenkova, J. Toufiq, G. Vilar, J.A. Villatoro-Velázquez, N. Volkow, K. Vyshinsky y M. Zhao.

1. UN Office on Drugs and Crime. Outcome document of the 2016 UN General Assembly special session on the world drug problem. New York: United Nations, 2016.
2. UN Office on Drugs and Crime. World drug report 2017: global overview of drug demand and supply. Vienna: United Nations, 2017.
3. UN Office on Drugs and Crime. Data matter snapshot – global prison population and trends (2023). Vienna: United Nations, 2023.
4. UN Office on Drugs and Crime and World Health Organization. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Vienna and Geneva: UN Office on Drugs and Crime and World Health Organization, 2020.
5. Jordan AE, Kashino W, Suhartono S et al. *Crim Justice Behav* 2023;50:787-805.
6. UN Office on Drugs and Crime. The UN standard minimum rules for the treatment of prisoners. Vienna: United Nations, 2015.
7. United Nations. UN standard minimum rules for non-custodial measures. New York: United Nations, 1990.
8. United Nations. UN rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders. New York: United Nations, 2010.
9. Commission on Narcotic Drugs. Addressing the specific needs of vulnerable members of society in response to the world drug problem. Vienna: United Nations, 2018.

DOI:10.1002/wps.21210

(Volkow ND, Scoppetta O, Busse A, Poznyak V, Krupchanka D, Campello G; and the UNODC/WHO Informal Scientific Network. Treatment of substance use disorders in prison settings: statement by the UNODC-WHO Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. World Psychiatry 2024;23:294-295)

Sistema de Gestión de Enfermedades Mentales Graves en China: inquietudes por resolver

El Sistema de Gestión de Enfermedades Mentales Graves (SMIMS) de China es un programa gubernamental nacional concebido para abordar las necesidades de las personas con enfermedades mentales graves en la comunidad. El documento guía, las Normas para la Atención y el Tratamiento de las Enfermedades Mentales Graves, se actualizó en 2018¹.

El objetivo del sistema es proporcionar atención comunitaria a las personas con diagnóstico de alguno de los seis trastornos mentales siguientes: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno bipolar, trastorno mental asociado a la epilepsia y discapacidad intelectual¹. Refleja un enfoque multifacético, al implicar a profesionales de la salud mental, policía, trabajadores sociales y voluntarios para formar equipos comunitarios.

En 2020, había al menos 6,4 millones de pacientes registrados en el sistema². Sin embargo, teniendo en cuenta el número real de individuos con enfermedades mentales graves en China, es probable que el sistema se haya infrautilizado notablemente. Un estudio reveló que >50% de las personas con los diagnósticos mencionados no estaban registradas en el sistema³.

El SMIMS pretende ofrecer diversos servicios comunitarios, como seguimiento ambulatorio, visitas familiares, medicación gratuita y ayuda económica. Un estudio reciente⁴ demostró que, entre los pacientes con esquizofrenia dados de alta, el 88,9% aceptó la

gestión del seguimiento. Algunos otros estudios informaron que los pacientes del SMIMS tuvieron resultados más favorables, incluyendo menos rehospitalizaciones, mejor adherencia a la medicación y mayor mejoría de los síntomas^{2,5,6}.

El proyecto SMIMS es probablemente el mayor y más completo del mundo, involucrando múltiples niveles de gobierno y disciplinas. Ha beneficiado a millones de pacientes, mejorando la accesibilidad y disponibilidad del tratamiento. Sin embargo, en el curso de los años han surgido algunas preocupaciones en relación con el equilibrio entre control y tratamiento, la falta de un mecanismo de salida y las posibles restricciones a las personas una vez registradas en el sistema.

Una de las principales inquietudes que suscita el SMIMS es su énfasis en el control más que en el tratamiento. Una vez que a una persona se le diagnostica una de las seis afecciones mencionadas, los médicos están obligados a enviar la información del paciente a la base de datos del SMIMS. Una vez registrados, los pacientes y sus familias pueden teóricamente optar por no participar en el seguimiento comunitario, pero se ha constatado que más del 95% de los casos registrados participan en la gestión del seguimiento², lo que sugiere una posible presión para inscribir a todos los pacientes registrados.

Además, la información de los pacientes en el SMIMS se comparte con los departamentos de policía y los comités locales de

residentes, lo que ha suscitado preocupación por la confidencialidad y la privacidad. Aunque el objetivo de prevenir la violencia y los delitos y garantizar la estabilidad social es importante y válido, también es importante señalar que las personas con enfermedades mentales graves tienen un riesgo mucho mayor de convertirse en víctimas que en autores de actos violentos⁷, y las medidas de control no deben socavar la esencia de la atención centrada en el paciente. Un equilibrio razonable entre control y tratamiento es esencial para evitar estigmatizar y alienar aún más a las personas con enfermedades mentales graves, y para fomentar un entorno en el que los pacientes se sientan apoyados y empoderados en su camino hacia la recuperación⁸.

La carencia de un mecanismo de salida en el SMIMS plantea inquietudes éticas. En la actualidad, una vez que una persona está registrada en el sistema, la información permanece indefinidamente, independientemente de si el trastorno ha mejorado, ha alcanzado la remisión o fue diagnosticado erróneamente en un principio. Esta práctica ignora la naturaleza dinámica de los trastornos mentales y la posibilidad de recuperación o mejora del funcionamiento con el paso del tiempo. Un mecanismo de salida no solo garantizaría que las personas que ya no cumplen los criterios de enfermedad mental grave no se vean sobrecargadas innecesariamente, sino que también permitiría asignar eficazmente los recursos a quienes más los necesitan.

El hecho de que el gobierno tenga acceso a la información de los pacientes ha suscitado preocupación por la vulneración de los derechos de los pacientes. Entre las posibles restricciones para las personas incluidas en el SMIMS se incluye la denegación de la solicitud del permiso de conducir, según la vaga normativa actual⁹. Cuando se introduce la información de los pacientes en el SMIMS, se les suele informar de los beneficios, pero no de los posibles riesgos. No es infrecuente que los pacientes y sus familias cuestionen a los psiquiatras que realizaron estos diagnósticos, lo que da lugar a disputas. En consecuencia, muchos psiquiatras, en particular los que trabajan en entornos ambulatorios, pueden dudar a la hora de realizar determinados diagnósticos o pueden recurrir a diagnósticos fuera de las seis categorías enumeradas, como trastorno del estado de ánimo no especificado en lugar de trastorno bipolar. Merece la pena reflexionar sobre por qué un sistema bienintencionado no solo ha disuadido a muchos pacientes de participar, sino que se ha convertido en una fuente de conflictos entre pacientes y médicos.

Además, no existe un sistema establecido para impugnar o apelar las restricciones mencionadas. Cualquier restricción debe estudiarse detenidamente, definirse bien y reevaluarse periódicamente, centrándose en proteger tanto los derechos de las personas como el bienestar de la comunidad.

Para abordar los retos y mejorar el SMIMS, son necesarios varios pasos. En primer lugar, se necesita una investigación rigurosa e independiente para evaluar la eficacia y aceptabilidad del sistema en comparación con los datos históricos y los programas comu-

nitarios paralelos. Los estudios deben centrarse en cómo afecta el sistema a los pacientes, los profesionales y las comunidades. En segundo lugar, el sistema debe dejar de centrarse en el control y adoptar un enfoque centrado en el paciente que dé prioridad al bienestar individual, el tratamiento y la recuperación. En tercer lugar, el SMIMS debería incorporar un mecanismo de salida para dar cabida a los pacientes que ya no cumplen los criterios de enfermedad mental grave o que han sido diagnosticados erróneamente. Las revisiones periódicas de la situación de los individuos garantizarán que los recursos se asignen de forma eficiente y que los pacientes no se vean innecesariamente sobrecargados por el sistema. Por último, cualquier posible restricción o limitación a las personas en el SMIMS debe ser transparente, estar claramente definida y comunicarse a los pacientes y sus familias, y los pacientes deben disponer de un mecanismo para impugnar o apelar las restricciones.

En conclusión, creemos que el SMIMS en China representa un esfuerzo históricamente significativo para abordar los retos de la gestión de las enfermedades mentales graves dentro de la comunidad. Sin embargo, se requiere una evaluación exhaustiva e independiente del sistema, y esta evaluación debe informar sobre cambios basados en la evidencia que prioricen la atención centrada en el paciente, los derechos individuales y el objetivo general de mejorar la vida de los pacientes y sus comunidades. En particular, es necesario abordar las preocupaciones relativas al equilibrio entre control y tratamiento, la ausencia de un mecanismo de salida y las posibles restricciones de los derechos individuales.

Yi-Lang Tang^{1,2}, Xiao-Nian Luo³, Xiang-Dong Wang⁴

¹Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, Atlanta, GA, USA; ²Mental Health Service Line, Atlanta VA Medical Center, Decatur, GA, USA; ³Wu Zhongpei Memorial Hospital, Foshan City, Guangdong Province, China; ⁴Institute of Mental Health, Peking University Sixth Hospital, Peking University, Beijing, China

Los autores desean agradecer a L. Zhou sus comentarios sobre este artículo.

1. National Health Commission of China. Standards for the management and treatment of serious mental illness. Beijing: National Health Commission of China, 2018.
2. Zhang WF, Ma N, Wang X et al. Chinese J Psychiatry 2022;55:122-8.
3. Guo J, Zhou L, Liu J et al. Chin Ment Health J 2019;33:728-33.
4. Wang J, Su J, Sun X et al. Asian J Psychiatry 2023;80:103433.
5. Zhu XX, Li Y, Zhou AH. Contemp Med 2022;28:5-8.
6. Wang W, Tang Y, Xiong KW et al. Clin Med 2017;37:30-2.
7. Fusar-Poli P, Sunkel C, Larrauri CA et al. World Psychiatry 2023;22:230-1.
8. Tang YL. Chin Ment Health J 2013;27:563-8.
9. Ministry of Public Security of China. Regulations on the application and use of motor vehicle driving licenses. Beijing: Ministry of Public Security of China, 2021.

DOI:10.1002/wps.21212

(Tang YL, Luo XN, Wang XD. *The Serious Mental Illness Management System in China: concerns to be addressed. World Psychiatry* 2024;23: 295–296)

Uso de medicamentos y baja laboral por enfermedad en el trastorno bipolar: estudio basado en un registro nacional

Menos de la mitad de las personas con trastorno bipolar tienen trabajo, según estudios basados en registros representativos de la población de los países escandinavos¹⁻³. En los que tienen empleo, el mantenimiento de una ocupación estable se ve dificultada y las bajas por enfermedad son frecuentes⁴.

Se sabe que los antipsicóticos y los estabilizadores del estado de ánimo son eficaces en el tratamiento agudo de la manía y la prevención de las recaídas del trastorno bipolar⁵⁻⁸. Aunque el régimen de medicación puede tener un impacto considerable en la capacidad para trabajar, no se ha abordado la asociación entre el uso de medi-

cación y la asistencia al trabajo en personas con trastorno bipolar. El presente estudio tuvo como objetivo investigar si el uso de medicamentos estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos y antidepresivos se asociaba con el riesgo de discapacidad laboral, definida como baja por enfermedad, entre personas empleadas con trastorno bipolar en una cohorte a nivel nacional.

Las personas con diagnóstico de trastorno bipolar (códigos F30 o F31 de la CIE-10, o códigos finlandeses 2962-2964 y 2967A de la CIE-9) entre 1987 y 2017 se identificaron en el Registro Finlandés de Asistencia Sanitaria. La cohorte incluyó individuos de 18 a 63 años. El seguimiento comenzó el 1 de enero de 2005, o en el momento del primer diagnóstico de trastorno bipolar, o cuando las personas alcanzaron la edad de 18 años, lo que ocurriera en último lugar. El seguimiento finalizó el 31 de diciembre de 2018, o cuando las personas alcanzaron la edad de 63 años, o cuando fallecieron, lo que ocurriera primero.

Se identificó una muestra de primer episodio formada por individuos con el primer diagnóstico de trastorno bipolar entre 2005 y 2017 de toda la cohorte. Se excluyeron de esta muestra aquellos que habían utilizado medicamentos antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo en el año anterior a su primer diagnóstico.

Los periodos de empleo y bajas laborales de 2005 a 2018 se obtuvieron de los registros mantenidos por el Centro Finlandés de Pensiones y el Instituto de la Seguridad Social. El resultado primario del estudio fue el riesgo de baja por enfermedad durante los periodos de empleo. No se tuvieron en cuenta las bajas laborales de corta duración (es decir, inferiores a 10 días).

Las compras de medicamentos se extrajeron del registro de Prescripción, y los periodos de consumo de medicamentos se estimaron mediante el PRE2DUP⁹. Los antipsicóticos se definieron como códigos Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) pertenecientes a N05A, excluido el litio. Los estabilizadores del estado de ánimo fueron litio (N05AN01), valproato (N03AG01), lamotrigina (N03AX09) y carbamazepina (N03AF01). Los antidepresivos se definieron como códigos ATC pertenecientes a N06A.

En el análisis estadístico, utilizamos un diseño intraindividual en el que cada individuo servía como su propio control. Se compararon las categorías de uso de medicación (solo antidepresivo, solo estabilizador del estado de ánimo, tanto antidepresivo como estabilizador del estado de ánimo, solo antipsicótico, tanto antipsicótico como antidepresivo, tanto estabilizador del estado de ánimo como antipsicótico; y estabilizador del estado de ánimo, antipsicótico y antidepresivo concomitantes) con el no uso de medicación mediante regresión de Cox estratificada. Las covariables temporales fueron la edad al inicio de un periodo, el orden de las clases de medicación, el número de bajas previas por enfermedad, el consumo de benzodiazepinas (N05BA y N05CD) y el consumo de fármacos Z (N05CF). Se realizaron análisis separados para hombres y mujeres.

La cohorte incluyó 50.072 individuos, de los cuales 28.089 (56,1%) eran mujeres. De toda la cohorte, 22.408 (44,7%) tuvieron un periodo de empleo durante el seguimiento (57% mujeres, edad media: 34,8±11,5 años). De los empleados, 12.812 (25,6% de toda la cohorte) no tuvieron un periodo de empleo que finalizara con una baja por enfermedad, mientras que 9.596 (19,2% de toda la cohorte) sí lo tuvieron. La muestra del primer episodio estaba formada por 18.000 individuos (56% mujeres, edad media: 37,0±13,0 años), de los cuales 10.000 (55,5%) tuvieron un periodo laboral durante el seguimiento, y 4.216 (23,4%) experimentaron una baja por enfermedad relacionada con el empleo.

El uso de estabilizadores del estado de ánimo, con o sin uso concomitante de antipsicótico o antidepresivo, se asoció con un menor

riesgo de baja por enfermedad que el no uso de medicamentos. El uso exclusivo de estabilizador del estado de ánimo se asoció con el riesgo más bajo (hazard ratio, HR=0,79; IC 95%: 0,72-0,87), seguido del uso concurrente de estabilizador del estado de ánimo y antipsicótico (HR=0,82; IC 95%: 0,74-0,95), y de estabilizador del estado de ánimo y antidepresivo (HR=0,88; IC 95%: 0,79-0,97). El uso exclusivo de antidepresivo se asoció con mayor riesgo de baja por enfermedad que la no utilización de medicamentos (HR=1,23; IC 95%: 1,15-1,33). De las covariables del análisis, el uso tanto de benzodiazepinas (HR=1,34; IC 95%: 1,24-1,46) como de fármacos Z (HR=1,34; IC 95%: 1,23-1,47) se asoció con mayor riesgo de baja por enfermedad.

En la cohorte del primer episodio, los resultados fueron en su mayoría similares a los de la cohorte completa, pero la asociación entre el uso de antipsicótico o estabilizador del estado de ánimo y la baja por enfermedad fue más fuerte que en la cohorte completa. El uso concomitante de estabilizador del estado de ánimo y antipsicótico se asoció con la tasa más baja por enfermedad (HR=0,63; IC 95%: 0,53-0,74), seguido del uso de estabilizador del estado de ánimo y antidepresivo (HR=0,65; IC 95%: 0,54-0,79), el uso de estabilizador del estado de ánimo solamente (HR=0,65; IC 95%: 0,56-0,76) y el uso de antipsicótico únicamente (HR=0,77; IC 95%: 0,66-0,90). Además, la asociación entre el uso exclusivo de antidepresivo y la baja por enfermedad fue apenas estadísticamente significativa (HR=1,12; IC 95%: 1,01-1,24) (ver también información complementaria).

También se examinó el riesgo de baja por enfermedad en mujeres y hombres por separado. Los resultados fueron en su mayoría similares a los de los análisis originales. En la muestra del primer episodio, el riesgo de baja por enfermedad cuando se utilizaba solo estabilizador del estado de ánimo, estabilizador del estado de ánimo y antidepresivo, y solo antipsicótico fue ligeramente menor, lo que significa un efecto más fuerte, en hombres que en mujeres; por ejemplo, para el antipsicótico solo, HR fue 0,66 (IC 95%: 0,52-0,84) en hombres, y 0,86 (IC 95%: 0,71-1,05) en mujeres. Cabe destacar que la asociación entre el uso exclusivo de antidepresivo y la baja por enfermedad fue similar en hombres y mujeres (ver también información complementaria).

Así, nuestro estudio documenta una notable reducción del riesgo de incapacidad laboral, definida como baja por enfermedad, entre los individuos con primer episodio de trastorno bipolar que utilizaban estabilizadores del estado de ánimo y/o antipsicóticos, en comparación con los periodos sin estos medicamentos. Si bien el efecto se redujo un poco en toda la cohorte, el uso de estabilizadores del estado de ánimo, solos o en combinación con antidepresivos o antipsicóticos, siguió estando significativamente asociado con una disminución del riesgo de baja por enfermedad.

Estos resultados concuerdan con investigaciones previas que indican que los estabilizadores del estado de ánimo y los antipsicóticos son eficaces en el tratamiento de los síntomas del estado de ánimo y en la prevención de las recaídas en el trastorno bipolar⁵⁻⁸. Sin embargo, los resultados funcionales han sido ignorados en estudios anteriores y, por lo que sabemos, no se ha investigado previamente la asociación entre la asistencia al trabajo y el uso de medicación. Los resultados de este estudio subrayan la importancia de un tratamiento eficaz, especialmente en las primeras etapas. El tratamiento también puede reducir los efectos secundarios de la enfermedad, que dificultan la capacidad para buscar y mantener un empleo. Por otra parte, el uso exclusivo de medicación antidepresiva se asoció a un riesgo elevado de baja por enfermedad. Aunque este hallazgo puede deberse en parte a la confusión por indicación (se

sabe que los síntomas depresivos están fuertemente asociados con una menor asistencia al trabajo), no obstante pone de relieve la necesidad de opciones de medicación más efectivas para controlar los episodios depresivos en personas con trastorno bipolar.

Minna Holm¹, Antti Tanskanen²⁻⁴, Jari Tiihonen²⁻⁴, Heidi Taipale²⁻⁵

¹Equality Unit, Finnish Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland; ²Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ³Department of Forensic Psychiatry, University of Eastern Finland, Niuvianniemi Hospital, Kuopio, Finland; ⁴Center for Psychiatry Research, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁵School of Pharmacy, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

Este estudio fue financiado por la Academia de Finlandia (subvención n° 310295). La información complementaria sobre el estudio está disponible en https://osf.io/8kx7v/?view_only.

1. Holm M, Taipale H, Tanskanen A et al. *Acta Psychiatr Scand* 2021;143:61-71.
2. Christensen TN, Wallström IG, Eplöv LF et al. *Nord J Psychiatry* 2022;76:225-32.
3. Hakulinen C, Elovainio M, Arffman M et al. *Psychiatr Serv* 2020;71:250-5.
4. Carlborg A, Fernroft L, Thuresson M et al. *Bipolar Disord* 2015;17:76-85.
5. Yildiz A, Nikodem M, Vieta E et al. *Psychol Med* 2015;45:299-317.
6. Miura T, Noma H, Furukawa TA et al. *Lancet Psychiatry* 2014;1:351-9.
7. Lähteenvuo M, Tanskanen A, Taipale H et al. *JAMA Psychiatry* 2018;75:347-55.
8. Kishi T, Ikuta T, Matsuda Y et al. *Mol Psychiatry* 2022;27:1136-44.
9. Tanskanen A, Taipale H, Koponen M et al. *BMC Med Inform Decis Mak* 2015;15:1-13.

DOI:10.1002/wps.21213

(Holm M, Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Medication use and sickness absence from work in bipolar disorder: a nationwide register-based study. World Psychiatry 2024;23:296-298)

Modulación del procesamiento autorreferencial a través de la meditación y los psicodélicos: ¿es clínicamente relevante la investigación científica de la autotrascendencia?

El procesamiento autorreferencial es una característica central de la experiencia humana e incluye una variedad de facultades mentales que apoyan la concepción del yo, incluidas las representaciones internas que asocian información destacada con la propia identidad. Se sabe que el procesamiento autorreferencial es importante para la aparición, mantenimiento, prevención y tratamiento de afecciones psiquiátricas, como los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de consumo de sustancias. Aquí proponemos que la meditación y los psicodélicos pueden modular el procesamiento autorreferencial mediante la inducción de la autotrascendencia, y pedimos que se siga investigando este mecanismo de acción transdiagnóstico.

La meditación y los psicodélicos han ganado un renovado impulso en psiquiatría tras el interés inicial de los años 70. La meditación es una forma de entrenamiento cognitivo cuyo objetivo es mejorar la autorregulación de la atención y las emociones e inducir la autotrascendencia. Los psicodélicos son potentes sustancias psicoactivas que alteran la percepción y el estado de ánimo; afectan a numerosos procesos cognitivos, incluido el sentido del yo, y han demostrado de forma preliminar tener efectos terapéuticos en los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Se puede afirmar que la ciencia de la meditación ha atravesado dos épocas, y que actualmente estamos entrando en una tercera. La primera época, que tuvo lugar aproximadamente entre 1995 y 2005, se caracterizó por dos tipos de estudios. El primer conjunto de estudios proporcionó resultados iniciales, y luego replicados, que indicaban efectos terapéuticos de la meditación en muchos dominios (p. ej., depresión, ansiedad y dolor), con magnitudes de efecto variables. Al mismo tiempo, un segundo conjunto de estudios proporcionó una investigación inicial de las diferencias entre los meditadores experimentados y los novatos, centrándose en efectos hasta ahora inexplorados de la meditación en el cerebro. La segunda época, aproximadamente 2005-2020, se caracterizó por ensayos controlados aleatorizados (ECA) a gran escala cada vez más rigurosos y por investigaciones mecanicistas para dilucidar los mecanismos cognitivo-afectivos que podrían subyacer a los beneficios de la meditación relacionados con la salud. Por ejemplo, los investigadores utilizaron la neuroimagen funcional para

estudiar la atención y la regulación de las emociones, así como la relación de estos procesos con la salud y el bienestar, incluidos los resultados psiquiátricos.

Sugerimos que la investigación sobre la meditación está entrando ahora en una tercera fase, yendo más allá del enfoque en sus mecanismos reguladores de la atención y las emociones, y hacia el estudio de la meditación avanzada; es decir, estados y etapas de la práctica que se desarrollan con un dominio creciente, incluyendo transformaciones psicológicas más profundas, como la autotrascendencia y la conciencia no dual (o sea, la unificación experiencial de la dicotomía sujeto-objeto que normalmente estructura la experiencia humana). Los resultados clínicos y los mecanismos neuronales de estas experiencias de autotrascendencia han empezado a estudiarse en el contexto de la psicoterapia asistida por psicodélicos.

Hasta la fecha, el efecto de la meditación se ha explorado predominantemente desde el punto de vista de reducción del estrés. Por ejemplo, la reducción del estrés basada en la atención plena (mindfulness), la intervención manualizada basada en la meditación más conocida y aplicada, se diseñó para reducir el estrés de los participantes, aunque posteriormente se descubrió que también era eficaz para reducir la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión en una amplia gama de individuos. Ahora nos encontramos en la cresta de una nueva ola de investigaciones y aplicaciones clínicas que se centran, en cambio, en aspectos de meditación avanzada, incluida la autotrascendencia.

La autotrascendencia, caracterizada por la disolución del ego, la felicidad afectiva y la fusión o atenuación de los límites entre el yo y el otro/objeto (es decir, la no dualidad), es una experiencia fenomenológica de la que se tiene constancia en múltiples tradiciones contemplativas, filosóficas, religiosas y espirituales de todo el mundo desde hace miles de años. Esta experiencia se valora como catalizador del comportamiento compasivo y la autorrealización. Hay considerable evidencia que indica que los psicodélicos pueden inducir experiencias radicales de autotrascendencia. Sostenemos que la autotrascendencia, y lo que se ha denominado estados alterados de conciencia o experiencias cumbre, debería ser un área legítima de estudio. Creemos que ahora está justificado interrogar rigurosamente

mente estos fenómenos en el contexto de la psiquiatría moderna, y que esta búsqueda puede proporcionar nuevas vías para fomentar el florecimiento psicológico en contextos clínicos y no clínicos.

En un ECA (N=165), hallamos recientemente que una intervención basada en el mindfulness por el abuso de opioides provocó experiencias de autotranscendencia marcadas por la disolución del ego, la dicha y la conciencia no dual en un grado significativamente mayor que un control de psicoterapia activa¹. Las experiencias de autotranscendencia se asociaron con un aumento de la potencia theta del EEG en la línea media frontal durante la meditación, que medió en los efectos de la intervención basada en la atención plena sobre la disminución del uso indebido de opioides durante un seguimiento de 9 meses. Estos efectos se reprodujeron de forma sólida en otro estudio². Otros dos ECA recientes han demostrado que el desarrollo de una mayor autotranscendencia a través de la meditación se asocia con una disminución del dolor crónico^{3,4}.

Los psicodélicos también se han relacionado con la autotranscendencia en ensayos clínicos⁵, y algunos estudios de neuroimagen han identificado asociaciones entre la autotranscendencia (a veces denominada disolución del ego en la literatura psicodélica) y la desactivación de la red de modo predeterminado⁶ y la activación de los circuitos córtico-estriado-tálamo-corticales⁷.

El estudio de la autotranscendencia, y de otros aspectos de la meditación avanzada, se beneficiará de una comprensión y comprobación más matizadas de la fenomenología de estas experiencias, los tipos de prácticas que conducen a ellas y sus trayectorias de desarrollo (desarrollo meditativo) y resultados (criterios de valoración de la meditación). Los estudios de neuroimagen de la autotranscendencia y la meditación avanzada en general (p. ej., en relación con la percepción alterada del tiempo, el espacio y los procesos relacionados con la recompensa) podrían proporcionar una comprensión mecanicista para informar a los modelos informatizados de la modulación de los sistemas neuronales aberrantes (p. ej., los procesos autorreferenciales disfuncionales implicados en los trastornos psiquiátricos y modulados por la meditación y los psicodélicos⁸).

En última instancia, esta línea de investigación tiene el potencial de estimular el desarrollo de nuevos tratamientos para enfermedades psiquiátricas, incluyendo terapias combinadas que integren las intervenciones existentes basadas en la atención plena y los psicodélicos, nuevas terapias basadas en la meditación y fundamentadas en tradiciones y prácticas contemplativas que aún no han

sido ampliamente estudiadas por la ciencia occidental⁹, y nuevos protocolos de neuromodulación dirigidos a las redes neuronales con neurofeedback y estimulación cerebral.

Las experiencias autotranscendentes pueden resultar un medio para reestructurar la disfunción del sistema neuronal que subyace al desarrollo y mantenimiento de una serie de comportamientos y estados mentales desadaptativos. Persiguiendo esta frontera científica para comprender en profundidad la meditación avanzada, incluyendo el desarrollo meditativo y los desenlaces, y la psicoterapia asistida por psicodélicos, podemos acceder a un gran potencial sin explotar para aliviar el sufrimiento y avanzar en el florecimiento humano.

Matthew D. Sacchet¹, Maurizio Fava¹, Eric L. Garland²

¹Meditation Research Program, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ²Center on Mindfulness and Integrative Health Intervention Development, College of Social Work, University of Utah, Salt Lake City, UT, USA

M.D. Sacchet cuenta con el apoyo del National Institute of Mental Health (R01MH12 5850), el Dimension Giving Fund y la Brain and Behavior Research Foundation (subvención no. 28972). E.L. Garland cuenta con el apoyo del National Center for Complementary and Integrative Health (R01AT011772) y del National Institute on Drug Abuse (R01DA056537, R01DA057631, R01DA048094).

1. Garland EL, Hanley AW, Hudak J et al. *Sci Adv* 2022;8:eabo4455.
2. Hudak J, Hanley AW, Marchand WR et al. *Neuropsychopharmacology* 2021;46:836-43.
3. Garland EL, Hanley AW, Riquino MR et al. *J Consult Clin Psychol* 2019; 87:927-40.
4. Hanley AW, Garland EL. *Mindfulness* 2022;13:1532-43.
5. Watts R, Kettner H, Geerts D et al. *Psychopharmacology* 2022;239:3461-83.
6. Carhart-Harris RL, Erritzoe D, Williams T et al. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012;109:2138-43.
7. Vollenweider FX, Preller KH. *Nat Rev Neurosci* 2020;21:611-24.
8. Sezer I, Pizzagalli DA, Sacchet MD. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;135: 104583.
9. Chowdhury A, van Lutterveld R, Laukkonen RE et al. *Neuropsychologia* 2023;190:108694.

DOI:10.1002/wps.21214

(Sacchet MD, Fava M, Garland EL. Modulating self-referential processing through meditation and psychedelics: is scientific investigation of self-transcendence clinically relevant? World Psychiatry 2024;23:298-299)

Traducción clínica de intervenciones de rehabilitación cognitiva avaladas por expertos para trastornos por consumo de sustancias

En un reciente consenso Delphi¹, se respaldó la aplicación de cuatro intervenciones de rehabilitación cognitiva como complemento al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias: la modificación del sesgo cognitivo, el manejo de contingencias, la rehabilitación cognitiva y el entrenamiento de la regulación emocional. Esta innovadora cartera está preparada para atender la necesidad no cubierta de abordar las alteraciones cognitivas que pueden obstaculizar la eficacia de los tratamientos actuales para los trastornos por consumo de sustancias². Aquí resumimos los mecanismos terapéuticos de estas cuatro intervenciones, discutimos las barreras para su traslación a la práctica clínica y ofrecemos recomendaciones sobre cómo superar estas barreras.

La modificación del sesgo cognitivo es una familia de intervenciones cuyo objetivo es restablecer los sesgos relacionados con las drogas mediante distintas variedades de entrenamiento cognitivo informatizado. Un ejemplo redirige las tendencias a acercarse a la droga hacia objetivos alternativos (p. ej., de una tendencia a acercarse al alcohol a una tendencia a acercarse a una bebida sin alcohol). La gestión de contingencias proporciona incentivos tangibles (p. ej., pagos monetarios) a cambio de la consecución de objetivos terapéuticos (p. ej., asistencia al tratamiento, abstinencia o reducción del consumo de drogas). Tanto la modificación del sesgo cognitivo como la gestión de contingencias apuntan a alteraciones relacionadas con la adicción en el sistema de prominencia de

incentivos, reduciendo el valor de las recompensas de las drogas y aumentando el valor de reforzadores alternativos³. La rehabilitación cognitiva entrena estrategias mentales dirigidas a restaurar o sortear los déficits cognitivos, con vistas a mejorar el funcionamiento cotidiano. Por ejemplo, una estrategia de “pausa - verifica tu objetivo - elige” puede utilizarse para frustrar decisiones impulsivas en escenarios de alto riesgo como los compromisos sociales (especialmente los que implican a personas que consumen drogas) o las reuniones familiares, que pueden generar mucha confrontación en personas en recuperación. El entrenamiento de la regulación emocional también utiliza diversas estrategias mentales, en este caso enfocadas a mejorar la gestión de las emociones negativas (p. ej., la reevaluación cognitiva) y potenciar el afecto positivo (p. ej., saborear reforzadores naturales). Tanto las intervenciones de rehabilitación cognitiva como las de regulación emocional se dirigen a las alteraciones del sistema de control ejecutivo relacionadas con la adicción, reforzando el control descendente de la conducta y las emociones³.

Los expertos del Delphi recomendaron aplicar estas intervenciones tras la desintoxicación aguda y mantenerlas semanalmente durante al menos tres meses. La selección de la(s) intervención(es) específica(s) debe(n) basarse en evaluaciones neuropsicosociales individualizadas, con la advertencia de que algunas intervenciones son más adecuadas para trastornos por consumo de sustancias concretos (p. ej., la modificación del sesgo cognitivo para el trastorno por consumo de alcohol). Se pueden combinar diferentes intervenciones para mejorar la eficacia del tratamiento, como se ha demostrado con la combinación de rehabilitación cognitiva y la gestión de contingencias⁴.

Aunque las cuatro intervenciones avaladas por expertos se basan en la evidencia, existen múltiples factores que dificultan su traslación a la práctica clínica. Estos factores incluyen las controversias en torno al concepto de adicción, la división entre el mundo de la investigación y el mundo clínico, la falta de disponibilidad de tecnología y otros recursos, y el intrincado panorama político.

Las intervenciones de rehabilitación cognitiva se basan en evidencia neurocientífica, pero este enfoque corre el riesgo de equipararse con modelos reduccionistas de adicción de “enfermedad cerebral”, que han sido criticados por descuidar los aspectos sociales del trastorno y su limitada contribución a la búsqueda de ayuda y tratamiento⁵. Esto puede crear tensión entre los científicos y profesionales del ámbito del tratamiento social y conductual y los defensores de los enfoques basados en la neurociencia.

Existe una brecha adicional entre la comunidad investigadora que desarrolla intervenciones de rehabilitación cognitiva y quienes forman al personal de tratamiento que podría aplicarlas. Estos grupos tienen foros y prioridades diferentes, sustentados también por estructuras institucionales de incentivos e indicadores de rendimiento dispares. Para agravar aún más este problema, son escasas las oportunidades de formar a clínicos especializados en adicciones en los principios y enfoques de la neurociencia⁶.

Las intervenciones de rehabilitación cognitiva también requieren recursos tecnológicos y materiales específicos, como ordenadores y servicios basados en la nube, así como presupuestos específicos para incentivos, que pueden resultar prohibitivos para los servicios de tratamiento convencionales. El panorama más amplio de políticas y prestación de servicios puede plantear retos adicionales al oponer resistencia (p. ej., a la gestión de contingencias) o carecer de recursos y/o agilidad para integrar estos enfoques novedosos en planes de tratamiento accesibles y respaldados por el gobierno.

A pesar de estas barreras, los avances en las prácticas de colaboración científica y la ciencia traslacional proporcionan ahora un trampolín novedoso para permitir la integración de la rehabilitación cognitiva en la atención clínica de las adicciones.

Anteriormente nos hemos referido a la “tensión” entre los enfoques conductual-social y neurocientífico, pero sostenemos que esta tensión es artificial, porque las intervenciones de rehabilitación cognitiva: a) aprovechan tanto la neuroplasticidad como los principios de aprendizaje para promover no solo la salud cerebral sino también cambios adaptativos en el comportamiento y la función social; b) deben entenderse y aplicarse como complementos más que como sustitutivos de los tratamientos existentes. Esta visión integradora está en consonancia con las recientes recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de fomentar la salud cerebral en el contexto de sus múltiples determinantes individuales y sociales⁷, y se relaciona con el modelo biopsicosocial de adicción. Como muchos otros trastornos psiquiátricos, los trastornos por consumo de sustancias requieren un enfoque basado en la complejidad, que tenga como objetivo optimizar la salud cerebral mediante la creación de circuitos de retroalimentación con los recursos comunitarios y los mecanismos ambientales⁸.

La brecha más pragmática entre el mundo clínico y el de la investigación puede abordarse con enfoques eficaces derivados de la ciencia traslacional, como la coubicación y la coproducción. La coubicación puede comenzar ya durante la formación clínica de posgrado, en programas de máster y doctorado, en los que los estudiantes pueden actuar como traductores del conocimiento de la investigación para convertirse en clínicos pioneros. La coproducción, que implica la colaboración entre investigadores, clínicos y proveedores de servicios para diseñar soluciones terapéuticas específicas, ofrece oportunidades únicas para la participación del personal dedicado al tratamiento de las adicciones. Permite, por ejemplo, desarrollar ejemplos de casos adaptados a las necesidades individuales y contextuales, así como modalidades de prestación y modelos empresariales adecuados y factibles. Además, puede aprovecharse la colaboración con socios industriales para desarrollar soluciones de tecnología sanitaria que optimicen la experiencia del usuario y su compromiso con las intervenciones.

La coubicación y la coproducción también permiten múltiples oportunidades para compartir foros de debate entre investigadores, clínicos y responsables de la toma de decisiones, lo que puede facilitar la coalescencia de indicadores de éxito en los mundos clínico y de investigación (p. ej., mayor énfasis en los resultados traslacionales para los investigadores y mayores oportunidades para que los clínicos participen en la investigación). Además, los cambios en las estructuras de incentivos pueden aumentar la capacidad y motivación para la formación en neurociencia entre el personal dedicado al tratamiento de las adicciones, lo que puede agilizarse mediante el aprendizaje electrónico y la formación de entrenadores.

El apoyo de los organismos de financiación es fundamental para colmar la brecha tecnológica y de recursos. En la actualidad, solo en EE.UU. se invierten más de 1.400 millones de dólares al año en investigación sobre adicciones; sin embargo, se calcula que solo el 15% de la investigación médica financiada acaba trasladándose a la práctica clínica⁹. Tiene sentido, tanto desde el punto de vista financiero como de la salud pública, dedicar una parte significativa de esa financiación a permitir que los proveedores de servicios se pongan al día con intervenciones basadas en la evidencia. Unos planes de financiación específicos para que las organizaciones no gubernamentales y las instituciones sin ánimo de lucro adquieran la tecnología y los recursos necesarios para la aplicación de inter-

venciones de rehabilitación cognitiva serían una solución práctica para reducir el actual déficit de traslación.

Estas nuevas tecnologías y recursos también podrían utilizarse para supervisar los resultados de la rehabilitación cognitiva en entornos clínicos reales, así como para analizar su impacto en los resultados sobre la salud basados en valores informados directamente por los consumidores. De este modo, imaginamos un futuro en el que la rehabilitación cognitiva esté integrada en las vías de tratamiento estándar para maximizar la salud y el bienestar de las personas con adicción.

Antonio Verdejo-Garcia¹, Jamie Berry², Alfonso Caracul³, Marc L. Copersino⁴, Matt Field⁵, Eric L. Garland⁶, Valentina Lorenzetti⁷, Leandro Malloy-Diniz⁸, Victoria Manning¹, Ely M. Marceau⁹, David L. Pennington¹⁰, Tara Rezapour¹¹, Justin C. Strickland¹², Reinout W. Wiers¹³, Hamed Ekhtiari¹⁴

¹Monash University, Melbourne, VIC, Australia; ²Macquarie University, Sydney, NSW, Australia; ³Universidad de Granada, Granada, Spain; ⁴McLean Hospital and Harvard Medical School, Belmont, MA, USA; ⁵University of Sheffield, Sheffield, UK; ⁶University of Utah, Salt Lake City, UT, USA; ⁷Australian Catholic University, North Sydney, NSW, Australia; ⁸Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil; ⁹University of Wollongong, Wollongong, NSW, Australia; ¹⁰University of California, San Francisco, CA, USA; ¹¹Institute for Cognitive Science Studies, Tehran, Iran; ¹²Johns

Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, USA; ¹³University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; ¹⁴University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA

1. Verdejo-Garcia A, Rezapour T, Giddens E et al. *Addiction* 2023;118:935-51.
2. Dominguez-Salas S, Diaz-Batanero, Lozano-Rojas et al. *Neurosci Biobehav Rev* 2016;71:772-801.
3. Ekhtiari HM, Zare-Bidoky M, Verdejo-Garcia A. In: El-Guebaly N, Carrà G, Galanter M (eds). *Textbook of addiction treatment: international perspectives*. Milan: Springer, 2021:1159-76.
4. Kiluk BD, Buck MB, Devore KA et al. *J Subst Abuse Treat* 2017;72:80-8.
5. Heather N, Field M, Moss M et al. *Evaluating the brain disease model of addiction*. London: Routledge, 2022.
6. Schwartz AC, Frank A, Welsh JW et al. *Acad Psychiatry* 2018;42:642-7.
7. World Health Organization. *Optimizing brain health across the life course*. Geneva: World Health Organization, 2022.
8. Volkow ND, Blanco C. *World Psychiatry* 2023;22:203-29.
9. Zurynski Y, Smith CL, Knaggs G et al. *Aust N Z J Public Health* 2021;45:420-3.

DOI:10.1002/wps.21126

(Verdejo-Garcia A, Berry J, Caracul A, Copersino ML, Field M, Garland EL, et al. Clinical translation of expert-endorsed cognitive rehabilitation interventions for substance use disorders. *World Psychiatry* 2024;23:299–301)

Lograr la igualdad, la inclusión y la sensibilidad cultural en la salud mental (EDIT)

En esta era marcada por desafíos globales sin precedentes, la salud mental sigue siendo una cuestión clave que afecta a personas de diversas edades, culturas y orígenes. Según el último Informe sobre Salud Mental Mundial¹, 970 millones de personas (13% de la población mundial) padece un trastorno mental, incluidos 248 millones de jóvenes.

Aunque los países de altos ingresos presentan una prevalencia ligeramente superior de trastornos mentales (15,1%) en relación con los países de renta baja (11,6%), más de cuatro de cada cinco personas con un trastorno mental (82%) viven en países de ingresos bajos y medios (LMIC), debido al mayor tamaño de su población.

Históricamente, la atención de la salud mental ha estado marcada por las disparidades, y determinadas poblaciones se enfrentan al estigma, discriminación y acceso limitado a los servicios. En comparación con la población general, las minorías étnicas y sexuales suelen tener más probabilidades de verse afectadas por trastornos mentales, pero menos de utilizar los servicios de salud mental². Las desigualdades de género también existen, y a menudo están impulsadas por las expectativas sociales y las normas culturales. Mientras que los trastornos depresivos y de ansiedad son más frecuentes entre mujeres, los hombres son más propensos a los trastornos por consumo de sustancias³. La presión social relacionada con la imagen corporal, la desigualdad de oportunidades en el lugar de trabajo y la violencia de género exponen a las mujeres a un mayor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, estrés laboral y trastornos relacionados con el trauma. Por otro lado, los hombres pueden enfrentarse a más barreras para acceder a un tratamiento de salud mental debido a las presiones sociales que les disuaden de buscar ayuda.

En todo el mundo, los trastornos mentales son una de las principales causas de discapacidad, ejerciendo un enorme impacto en la vida diaria y el funcionamiento de las personas y las familias. La esperanza de vida de las personas con trastornos mentales graves se reduce drásticamente⁴. Sin embargo, solo el 2% del gasto sanitario mundial se destina a la salud mental. De hecho, la brecha en el tratamiento de los trastornos mentales es superior al 50% en todos los países del mundo, y puede alcanzar el 80-90% en los LMIC⁵.

Las actitudes sociales hacia la salud mental pueden fomentar el estigma y la discriminación que, a su vez, impiden que las personas busquen ayuda. La búsqueda de ayuda también puede verse desalentada por el desconocimiento de los signos y síntomas de los trastornos mentales y de los tratamientos eficaces disponibles, por creencias y prácticas culturales, por barreras lingüísticas y, en última instancia, por barreras personales, como el miedo al tratamiento y el estigma superpuesto a una motivación insuficiente⁶.

Las personas con trastornos mentales tienen más probabilidades de sufrir diversas formas de desigualdad social y sanitaria. El desempleo es elevado en esta población⁷, lo que se traduce en inseguridad económica y habitacional. Los comportamientos no saludables -como el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo, la alimentación y el sueño deficientes y el sedentarismo- también son comunes entre personas con trastornos mentales y las exponen a mayor riesgo de enfermedades físicas⁸.

Teniendo en cuenta estas implicaciones socioeconómicas y culturales, el Plan de Acción de la WPA 2023-2026⁹⁻¹¹ aboga por un enfoque más integral e inclusivo de la salud mental.

Para reafirmar el compromiso de la WPA de promover la buena salud mental y el bienestar de todas las personas y comunidades del mundo, el Plan de Acción introdujo la iniciativa EDIT.

Las siglas EDIT (por su significado en inglés) significan:

- *Igualdad entre géneros, edades y grupos étnicos.* La WPA tiene como objetivo garantizar que la atención de salud mental sea accesible para todos, reduciendo las disparidades basadas en factores como el origen étnico, edad, género, orientación sexual, ubicación geográfica y situación socioeconómica. Al promover la investigación, la educación y los cambios políticos, la WPA busca crear un mundo en el que la salud mental sea un derecho universal. Al mismo tiempo, la WPA hace hincapié en la necesidad de una psiquiatría culturalmente competente, capaz de reconocer y abordar los retos únicos a los que se enfrentan las diferentes poblaciones y comunidades.
- *Etapas del desarrollo desde la infancia hasta la edad adulta y más allá.* La WPA reconoce la naturaleza dinámica de la salud mental, que cambia a lo largo de la vida, y por tanto fomenta un enfoque de la salud y la salud mental basado en el curso vital¹². Es necesario formar psiquiatras especializados en tratar las manifestaciones únicas de los trastornos mentales en las distintas etapas de la vida. Además, dado que alrededor del 40% de los trastornos mentales se establecen antes de los 14 años, debe darse prioridad a la prevención y las intervenciones tempranas¹³.
- *Inclusión de grupos subrepresentados.* La WPA se compromete a fomentar la diversidad y la inclusión en todas sus actividades. El punto de vista de los grupos marginados y de las personas con experiencias vividas debe tenerse en cuenta en cada fase, desde la investigación hasta el tratamiento clínico.
- *Conciencia y perspectivas transculturales.* Dado que los sistemas de creencias, valores y prácticas culturales conforman la expresión clínica y la experiencia personal de los trastornos mentales, las cuestiones de investigación y la prestación de atención de salud mental en las sociedades multiculturales contemporáneas plantean enormes retos. La WPA subraya la necesidad de enfoques culturalmente sensibles que reconozcan y respeten esta diversidad. Esto implica no solo comprender el contexto cultural de la salud mental, sino también adaptar las preguntas de investigación y los enfoques de tratamiento para que sean culturalmente sensibles. En este sentido, la WPA pretende fomentar la colaboración entre investigadores y profesionales de la salud mental de distintos orígenes culturales para ampliar la amplitud y profundidad del conocimiento y promover una cultura de comprensión, aceptación y confianza.

Para alcanzar estos objetivos, la comunicación efectiva desempeña un papel fundamental. Mejorando el diálogo y promoviendo el conocimiento y la concienciación sobre salud mental, la WPA tiene como objetivo desestigmatizar los problemas de salud mental y crear una sociedad más abierta y comprensiva. La WPA reconoce

la necesidad de mejorar la comunicación no solo dentro de la comunidad psiquiátrica, sino también con las partes interesadas, personas con experiencias vividas y público en general. Para satisfacer esta necesidad, se fomentan varias iniciativas nuevas de comunicación, aprovechando el gran potencial de las tecnologías digitales.

Una plataforma en creación, denominada Rincón del Especialista, está destinada a actualizar a los profesionales clínicos sobre los últimos hallazgos y permitirles discernir y adoptar las mejores prácticas. La plataforma consistirá en una serie de seminarios web breves y fáciles de digerir sobre los principales trastornos mentales, que abarcarán los tratamientos más avanzados y las mejores prácticas para el trabajo psiquiátrico diario, incluyendo la etiología, los síntomas, las comorbilidades con enfermedades físicas y las estrategias de rehabilitación desde las perspectivas de género, etapa de desarrollo y cultura. Además, los seminarios web de seguimiento ofrecerán perspectivas sobre prevención, estilos de vida saludables, cuidadores y familias, psiquiatría digital y derechos humanos/ética de la mano de expertos en estos campos. Se elaborará material educativo de fácil lectura a partir de los seminarios web para los pacientes, sus familias, el personal clínico y el público en general.

Otra plataforma del sitio web de la WPA, Healthy Lifestyles Hub, es una biblioteca de recursos accesible a psiquiatras de todo el mundo, con el propósito de demostrar cómo puede mejorarse la salud mental mediante la adopción de estilos de vida saludables. Se han elaborado vídeos sobre actividad física y nutrición sana para facilitar su uso en la práctica clínica. Además, implicar tanto a pacientes como al personal psiquiátrico en sesiones conjuntas de actividad física reforzará las conexiones, cohesión y colaboración, mejorará el entendimiento mutuo y reducirá las divisiones jerárquicas.

Sin embargo, si no se rompen las barreras del idioma, será imposible garantizar la accesibilidad de estos recursos a psiquiatras de todo el mundo. Por esta razón, la WPA se compromete a hacer que los materiales estén disponibles en tantos idiomas locales como sea posible, a través del compromiso de las Sociedades Miembro y de psiquiatras jóvenes y entusiastas.

En conclusión, el Plan de Acción de la WPA 2023-2026 reconoce la interacción entre todos los aspectos de la experiencia

humana y la salud mental, y aspira a abordar las diversas necesidades de las personas a lo largo de la vida y de diversos orígenes culturales. La WPA trata continuamente de fortalecer vínculos con otras organizaciones internacionales en los campos de la psiquiatría, la neurología y la salud mental pública, incluidas las organizaciones de usuarios de servicios y de cuidadores familiares.

Mediante esfuerzos de colaboración en investigación, educación, práctica clínica, promoción y cambios de políticas, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, la WPA busca dar forma a un mundo en el que las acciones para mejorar la salud mental sean universalmente accesibles, culturalmente sensibles e inclusivas¹³.

Danuta Wasserman

WPA President; National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022.
2. Wittgens C, Fischer MM, Buspavanich P et al. Acta Psychiatr Scand 2022;145:357-72.
3. ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaar S et al. World Psychiatry 2023;22:275-85.
4. Correll CU, Solmi M, Croatto G et al. World Psychiatry 2022;21:248-71.
5. Moitra M, Santomauro D, Collins PY et al. PLoS Med 2022;19:e1003901.
6. Kessler RC, Kazdin AE, Aguilar-Gaxiola S et al. World Psychiatry 2022;21:272-86.
7. Germinario G, Amin V, Flores CA et al. Labour Econ 2022;79:102258.
8. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A et al. Lancet Psychiatry 2019;6:675-712.
9. Wasserman D. World Psychiatry 2023;22:343-4.
10. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:488-9.
11. World Psychiatric Association. WPA Action Plan 2023-2026. www.wpanet.org.
12. Kuruvilla S, Sadana R, Montesinos EV et al. Bull World Health Organ 2018; 96:42-50.
13. McGorry PD, Mei C, Chanen A et al. World Psychiatry 2022;21:61-76.
14. Wasserman D. World Psychiatry 2021;20:309-10.

DOI:10.1002/wps.21220

(Wasserman D. *Achieving equality, inclusiveness, and cultural sensitivity in mental health (EDIT)*. World Psychiatry 2024;23:302-303)

Ser una voz fuerte en favor de la paridad en la salud mental, los derechos humanos y la atención psiquiátrica comunitaria en tiempos difíciles: desarrollo del Plan de Acción de la WPA 2026-2029

La última década ha sido testigo del firme e inquebrantable compromiso de la WPA con el avance de la psiquiatría en todos los rincones del mundo. Demostrando una gran capacidad de resiliencia profesional, todos los órganos de la WPA han cumplido esta promesa a pesar de un panorama político global cada vez más desafiante, de los desastres naturales, de las crisis masivas de refugiados, de la pandemia COVID-19 y de las recesiones económicas.

Los anteriores Planes de Acción de los trienios 2017-2020¹ y 2020-2023^{2,3}, así como el actual (2023-2026)^{4,5}, han abordado con habilidad y eficacia estos retos desarrollando programas orientados a las personas que viven en la adversidad, padecen enfermedades de larga duración y discapacidades psicosociales; colaborando estrechamente con las personas con experiencia vivida y sus cuidadores; haciendo hincapié en el desarrollo sostenible como requisito previo para la salud total; apoyando a los psiquiatras en su papel de res-

ponsables políticos, proveedores de servicios, así como formadores y colaboradores del personal sanitario; y, por último, aplicando terapias basadas en la evidencia, prevención y adopción de estilos de vida saludables.

En los últimos seis años, la WPA ha puesto en marcha medidas para comunicarse rápidamente con sus diversos órganos y adaptar estas iniciativas tanto a las demandas como a las oportunidades del siglo XXI. Guiada por los principios de diversidad, equidad e inclusión, la WPA ha creado recursos para fomentar actividades destinadas a los psiquiatras que inician su carrera, centrándose en los colegas de países de ingresos bajos y medios⁶. Las actividades de la WPA, que se enriquecen con la participación activa de pacientes y cuidadores, también cuentan con el apoyo de importantes subvenciones públicas, impulsando la misión educativa y científica de la asociación^{7,8}.

Con este telón de fondo, me propongo desarrollar y continuar la misión central de los Planes de Acción anteriores, es decir, consolidar la psiquiatría como parte integral e indispensable de la medicina al servicio de los más vulnerables en todo el mundo. Aunque los Planes de Acción trienales pueden diferir a nivel de programas específicos, creo firmemente que, en un mundo cada vez más angustioso, la WPA debe desarrollar y promover un conjunto de objetivos básicos.

Echando un vistazo retrospectivo a mi trabajo con la WPA durante la última década, diría que han surgido tres objetivos fundamentales: a) trabajar por la paridad de la salud mental en todos los ámbitos imaginables y a todos los niveles; b) defender los derechos humanos como fundamento moral de nuestra disciplina; y c) construir una atención psiquiátrica comunitaria sólida y duradera. Si bien se pueden formular muchos más objetivos, creo que estos tres captan la esencia de lo que la WPA considera su misión primordial: promover la psiquiatría y la salud mental para las personas de todo el mundo.

La paridad en salud mental ha sido una palabra de moda durante muchos años^{9,10}. Sin embargo, es más que eso. Es un recordatorio constante de que nuestro campo debe luchar por las necesidades y derechos de nuestros pacientes, sus familias y cuidadores, nuestros colegas e instituciones en todas partes del mundo y a todas horas. Esto nos lleva al segundo objetivo: defender la paridad en salud mental significa luchar por los derechos humanos. Mi objetivo es que los derechos humanos universales guíen las actividades y políticas de la WPA: dondequiera que la salud mental y la atención a la salud mental se vean amenazadas, por falta de educación o por políticas perjudiciales; por recortes injustificados de los recursos; por persecuciones étnicas o religiosas, o por genocidios¹¹; o por amenazas a los medios de vida a causa de desastres naturales y al cambio climático¹², la WPA tiene que ser la voz que reclame una acción decisiva, creando y defendiendo entornos llenos de diversidad y equidad. Asimismo, creo sinceramente que estamos llamados a la acción cuando y donde sea que políticos deshonestos abusen de la psiquiatría para suprimir las libertades universales.

Por último, todas estas acciones deben comenzar dentro de la comunidad. Trabajando con todas las partes interesadas, tenemos que llegar allí donde se necesite nuestra experiencia, construyendo redes de asistencia y educación sostenibles y basadas en la confianza¹³. Me aseguraré de que esta labor de divulgación se lleve a cabo en estrecha colaboración con nuestras Sociedades Miembro, cuyas ideas y aportaciones serán cruciales para el éxito de esta misión. Para ello, también tendremos que desarrollar estrechas asociaciones con otras organizaciones, siendo siempre fieles a lo

que somos: una disciplina médica profundamente arraigada en la ciencia y guiada por la empatía hacia quienes buscan nuestra ayuda.

Desarrollar una hoja de ruta para alcanzar estos objetivos no es tarea fácil y requiere muchas manos y mentes. En este sentido, estoy muy agradecido de que me acompañe un grupo diverso de colegas muy estimados de todo el mundo que formarán parte del Comité Permanente de Planificación 2023-2026. Son (por orden alfabético): R.S. Abdelazim (Egipto), R.N. Córdoba Rojas (Colombia), M.Á. Cuéllar Hoppe (Paraguay), P. Falkai (Alemania), C. Jatchavala (Tailandia), M. Mimura (Japón), B. Oladeji (Nigeria), P.S. Sachdev (Australia), G. Saha (India) y L. Yatham (Canadá). Estos renombrados colegas no solo representan a una gran parte de las regiones de la WPA, sino que también proceden de diversas subespecialidades de nuestra disciplina. Son educadores, clínicos y/o investigadores; líderes de sociedades profesionales nacionales o internacionales; o proponentes del programa de Psiquiatras de Carrera Temprana de la WPA.

Trabajando con todos los órganos de la WPA, los miembros de este Comité apoyarán, defenderán y evaluarán continuamente las iniciativas existentes que han resultado exitosas. De cara al futuro, apoyarán al Presidente Electo y al actual Comité Ejecutivo para fortalecer el papel de liderazgo global de la WPA en la atención de la salud mental pública mundial, la práctica psiquiátrica, la investigación y la educación más avanzada, basadas en la evidencia e impulsadas por la empatía.

Thomas G. Schulze
WPA President-Elect

1. Herrman H. *World Psychiatry* 2020;19:404-6.
2. Javed A. *World Psychiatry* 2022;21:325-6.
3. Javed A. *World Psychiatry* 2023;22:165-6.
4. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. *World Psychiatry* 2023;22:488-9.
5. Wasserman D. *World Psychiatry* 2024;23:165-6.
6. Pinto da Costa M, Cheung G, Larnaout A et al. *World Psychiatry* 2023;22:490-1.
7. Schulze TG. *World Psychiatry* 2022;21:474-5.
8. Schulze TG. *World Psychiatry* 2023;22:345.
9. Bhugra D, Campion J, Ventriglio A et al. *Indian J Psychiatry* 2015;57:117-21.
10. Campion J. *BJPsych Int* 2018;15:51-4.
11. Wenzel T, Schouler-Ocak M, Stompe T. *Front Psychiatry* 2021;12:733493.
12. Sri A, Bhugra D, Persaud A et al. *Asian J Psychiatr* 2023;84:103562.
13. Murphy J, Qureshi O, Endale T et al. *Int J Ment Health Syst* 2021;15:30.

DOI:10.1002/wps.21215

(Schulze TG. Being a strong voice for mental health parity, human rights, and community-based psychiatric care in challenging times: developing the WPA Action Plan 2026-2029. World Psychiatry 2024;23:303-304)

Plan para avanzar en la educación psiquiátrica y las publicaciones científicas

La desigualdad de ingresos, las guerras, el creciente número de refugiados, las pandemias y el cambio climático son solo algunos de los muchos y apremiantes retos a los que nos enfrentamos hoy en día. Todas las personas y todos los países se ven afectados, y los más vulnerables, especialmente nuestros pacientes, sufren de forma desproporcionada. Las recientes crisis también han aumentado la concienciación sobre la importancia de la salud mental, pero la creciente necesidad de atención ha incrementado simultáneamente las demandas sobre los ya limitados y desbordados sistemas de servicios de salud mental. Es en este entorno en el que vemos la necesidad de

que la WPA apoye enérgicamente las soluciones a estos retos, también mediante el avance de su agenda educativa y de publicaciones, al tiempo que adopta otras medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad de sus esfuerzos y la disponibilidad universal de sus productos en apoyo de los proveedores de servicios de todo el mundo.

Por primera vez, la WPA ha consolidado la coordinación de sus actividades educativas y de publicaciones bajo una única Secretaría. Esta iniciativa implica la creación de un único Comité Permanente sobre Educación y Publicaciones Científicas. Este Comité supervisará el desarrollo de los programas educativos de la WPA

y la preparación de materiales para estos programas. También será responsable de la aplicación de la acreditación de la formación médica continuada de la WPA. Además, supervisará el desarrollo de las políticas de publicación de la WPA, al tiempo que facilitará la preparación y distribución de materiales para su publicación.

El Comité de Educación y Publicaciones Científicas de la WPA está comprometido y entusiasmado con la participación de las Sociedades Miembro de la WPA, con la esperanza de que se unan a este viaje transformador. En este contexto, el Comité invita a todos los componentes de la WPA a contribuir activamente y apoyar los siguientes objetivos: a) la Asociación ampliará sus actividades educativas y de publicación para apoyar a sus Sociedades Miembro en su esfuerzo por satisfacer la creciente demanda de servicios de salud mental; b) la Asociación será innovadora, dinámica e integradora, al tiempo que hará hincapié en la educación sostenible y las publicaciones científicas; c) la Asociación potenciará su presencia global en el ámbito de la educación y las publicaciones liderando colaboraciones interinstitucionales en apoyo de los psiquiatras y la psiquiatría, atrayendo a los jóvenes más brillantes a la psiquiatría y prestando los servicios pertinentes necesarios para fomentar y mantener la afiliación a la WPA.

Las publicaciones científicas desempeñan un papel crucial en el avance del conocimiento y las competencias, con el objetivo último de mejorar los resultados de los pacientes y potenciar la salud mental a escala global. En el curso de los años, la WPA se ha esforzado por alcanzar estos objetivos a través de sus publicaciones, que incluyen, entre otras, revistas, actas de congresos y libros.

World Psychiatry es la revista insignia de la WPA. Como Presidente de la WPA (1999-2002), el Prof. J.J. López-Ibor declaró: “*World Psychiatry* refleja lo mejor de nuestros psiquiatras y de la WPA: abarca esperanzas, oportunidades, compromiso con la ciencia y la ética, dedicación a los pacientes y a la sociedad, y el valor de fomentar el crecimiento”¹. Nuestro Comité espera apoyar al Prof. Mario Maj, Editor de *World Psychiatry*, para asegurar el éxito continuado de la Revista.

Ahora es el momento de examinar el papel de las revistas afiliadas a la WPA. Irónicamente, no se dispone fácilmente de información oficial a este respecto. Sin embargo, fuentes no oficiales identifican unas 14 revistas científicas con una conexión declarada con la WPA o alguna de sus Secciones Científicas. Sin embargo, incluso el examen más superficial sugiere que algunas de estas revistas tienen actualmente conexiones limitadas con la WPA. Para aclarar más a fondo esta situación, el Comité colaborará con A. Soghoyan, Secretario de las Secciones Científicas de la WPA, y el Comité Permanente correspondiente, para evaluar cada una de estas revistas con respecto a su relación con la WPA y su misión. Una vez concluido este ejercicio, el Comité de Educación y Publicaciones Científicas de la WPA ofrecerá asistencia a aquellas revistas que necesiten y deseen apoyo.

Hemos recibido consultas de los dirigentes zonales y regionales de la WPA sobre la posibilidad de crear revistas de psiquiatría locales. El Comité de Educación y Publicaciones Científicas de la WPA brindará apoyo y orientación a los colegas que realicen estos esfuerzos, según sea apropiado y necesario.

La WPA también colabora con varias revistas que no tienen vínculos formales con la Asociación, incluida la facilitación de números especiales. El Comité de Educación y Publicaciones Científicas de la WPA facilitará la colaboración con otras revistas, incluidos los números especiales, garantizando una alta calidad de los trabajos. Nos comprometemos con las revistas de salud mental y psiquiatría, así como con las principales revistas médicas, en un intento de facilitar la presentación de temas psiquiátricamente

relevantes. Este compromiso se extiende más allá de las revistas, apoyando a las Secciones Científicas de la WPA en su esfuerzo por publicar libros y otros materiales, incluidos los que se distribuyen online como textos o en otros formatos^{2,3}.

Por último, la Comisión de Educación y Publicaciones Científicas lanzará una revista/boletín electrónico para difundir información sobre sus actividades a todos los componentes de la WPA.

La pandemia de COVID-19 ha sido un catalizador para que la WPA acelere el desarrollo y promoción de un Portal Educativo online, con el objetivo de promover la difusión de conocimientos y habilidades sobre salud mental en todo el mundo^{4,5}. En enero de 2024, el Portal registra 2.772 usuarios de 119 países, que utilizan 18 idiomas y acceden a 94 recursos. Más adelante, en 2024, se cerrará la actual plataforma educativa y los materiales migrarán a un nuevo centro de aprendizaje más efectivo y eficiente.

Aunque el reclutamiento en psiquiatría ha representado un desafío constante, el creciente reconocimiento de la importancia de la salud mental y la necesidad de reducir el estigma han dado lugar a varias estrategias nacionales de reclutamiento creativas y eficaces. La WPA, junto con las Sociedades Miembro, analizará estas experiencias e identificará métodos para adaptarlas y aplicarlas en todo el mundo. Al tiempo que da prioridad a la formación y el apoyo a sus miembros, la WPA también se centrará en programas educativos innovadores destinados a prevenir el agotamiento y otras formas de angustia profesional.

Muchas personas han contribuido significativamente a su sociedad nacional y/o a la WPA. Dicha experiencia no debería perderse prematuramente por jubilación o semijubilación. La WPA deberá identificar oportunidades para los psiquiatras que, incluso después de su jubilación, deseen seguir participando en programas que se ajusten a su experiencia y sean importantes para las necesidades globales de formación en todo el mundo. Por ejemplo, forjando una sólida asociación con el Grupo de Trabajo sobre Voluntariado⁶ de la WPA, el Comité de Educación y Publicaciones Científicas agilizará y optimizará la coordinación de las actividades relacionadas con la educación y las publicaciones científicas. Esta colaboración implicará una comunicación regular, sesiones conjuntas de planificación y recursos compartidos para garantizar un enfoque cohesivo y eficaz en la consecución de los objetivos comunes.

El énfasis en la educación es fundamental para el Plan de Acción 2023-2026 de la WPA⁷⁻⁹. El Comité de Educación y Publicaciones Científicas está dedicado a apoyar este esfuerzo y decidido a proporcionar los mejores materiales educativos y científicos a nuestros colegas de la WPA y a todos los profesionales que trabajan duro por mejorar la salud mental de nuestras comunidades en todo el mundo.

Norbert Skokauskas^{1,2}, Gary Chaimowitz^{3,4}, Dina Elgabry^{4,5}, Andrea Fiorillo^{4,6}, Anusha Lachman^{4,7}, Angeles Lopez Geist^{4,8}, Paul Robertson^{4,9}, Hee Jeong Yoo^{4,10}, Bennett Leventhal^{4,11}

¹WPA Secretary for Education and Scientific Publications; ²Center for Child and Youth Mental Health and Child Protection, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway; ³Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton, ON, Canada; ⁴WPA Committee on Education and Scientific Publications; ⁵Neuropsychiatry Department, Okasha Institute of Psychiatry, Ain Shams University, Cairo, Egypt; ⁶Department of Psychiatry, University of Campania “Luigi Vanvitelli”, Naples, Italy; ⁷Department of Psychiatry, Stellenbosch University, Cape Town, South Africa; ⁸Association of Argentinian Psychiatrists, Argentina; ⁹Department of Psychiatry, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia; ¹⁰Department of Psychiatry, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea; ¹¹Department of Psychiatry, University of Chicago, Chicago, IL, USA

1. Lopez- Ibor JJ. World Psychiatry 2002;1:1.
2. Schulze TG. World Psychiatry 2022;21:474-5.
3. Schulze TG. World Psychiatry 2023;22:345.
4. Ng RMK. World Psychiatry 2022;21:478-9.
5. Ng RMK. World Psychiatry 2023;22:346-7.
6. Thomson S, Chumakov E, Van Hoof J et al. World Psychiatry 2022;21:161-2.
7. Wasserman D. World Psychiatry 2023;22:343-4.
8. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:170-1.
9. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:488-9.

DOI:10.1002/wps.21216

(Skokauskas N, Chaimowitz G, Elgabry D, Fiorillo A, Lachman A, Geist AL, et al. The blueprint for advancing psychiatric education and scientific publications. World Psychiatry 2024;23:304–306)

Informe del Secretario para las Secciones Científicas de la WPA

Las Secciones Científicas de la WPA han sido creadas y suprimidas por la Asamblea General a propuesta del Comité Ejecutivo¹. En 2004 había 55 Secciones Científicas, 65 en 2006 y 68 en 2013. Actualmente hay 66 Secciones Científicas y 4 Grupos de Interés Especial. Su coordinación es responsabilidad del Secretario para las Secciones Científicas².

Los objetivos de las Secciones Científicas de la WPA son la recopilación, análisis, presentación y difusión de información relativa a los servicios, investigación y formación en los diversos campos de la psiquiatría y la salud mental, así como el avance del conocimiento científico en estos ámbitos.

Los Grupos de Especial Interés proporcionan un foro sobre temas clave de la psiquiatría y la salud mental. Incluyen a expertos y profesionales interesados en sus respectivas áreas. Su principal objetivo es animar a los miembros de la WPA a trabajar en áreas que en una fase posterior puedan requerir la creación de una Sección Científica¹.

Los dos anteriores Secretarios de las Secciones, A. Javed y T. Schulze, han realizado una enorme labor, que se refleja en parte en los numerosos avances que se han producido durante el pasado trienio³⁻¹³.

Se han puesto en marcha varios avances en tecnología de la información para dotar a las Secciones de una identidad corporativa y permitirles trabajar más eficientemente. Se ha creado un sistema que permite a las Secciones actualizar su sitio web mediante un enlace personalizado. Las Secciones también disponen de un formulario en internet para presentar su informe trienal de actividades al Secretario de Secciones, necesario para su reincorporación².

En el último trienio se ha puesto en marcha la Iniciativa de Educación, Ciencia, Publicaciones e Investigación (ESPRI), un vehículo para impulsar proyectos de investigación en países de ingresos bajos y medios, con la WPA proporcionando financiación inicial a investigadores (preferiblemente) que inician su carrera para que lleven a cabo proyectos científicos de relevancia para sus respectivos países o regiones, y para los que sería difícil obtener financiación de otro modo⁶.

La ESPRI fue concebida inicialmente por el Secretario de Secciones, desarrollada conjuntamente con los Secretarios de Publicaciones y Educación, y aprobada por el Comité Ejecutivo. Hasta la fecha, la WPA ha financiado seis proyectos en todo el mundo, que abordan una variedad de temas: depresión mayor en la vejez (Tanzania); impacto psicológico de las infecciones por Ébola y COVID-19 (Liberia); genómica del trastorno bipolar (Nigeria); alivio de la pobreza para personas con problemas de salud mental (Pakistán); herramientas psicoterapéuticas transdiagnósticas y transculturales basadas en la web (Pakistán); herramientas de formación para el examen y documentación de las secuelas psicológicas de la tortura y la guerra (Reino Unido, Austria y Siria).

Se ha producido un importante aumento de la participación directa de la WPA en la investigación, ya que la Asociación ha

recibido el estatus de investigador principal en dos importantes subvenciones de investigación Horizon de la Unión Europea, en las que el Secretario de las Secciones ha tomado la iniciativa en el proceso de presentación de la subvención, con la ayuda de la Sección de Genética en Psiquiatría⁶. En la actualidad, la WPA tiene categoría de investigador principal en el Consorcio PSY-PGx, centrado en la aplicación de la farmacogenética en psiquiatría, con el objetivo de identificar marcadores biológicos y clínicos que puedan predecir la resistencia a enfoques de tratamiento farmacológico. Este trabajo de investigación será coordinado conjuntamente por el Comité Ejecutivo y contará con la participación de varias Secciones Científicas. La WPA colaborará estrechamente con la Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks (GAMIAN) Europe, una organización paneuropea sin ánimo de lucro impulsada por pacientes, desarrollando así aún más su misión de promover el “diálogo a tres bandas”⁶.

Actualmente existen mecanismos bien establecidos y dinámicos que sustentan el trabajo de las Secciones Científicas de la WPA. Sin embargo, tenemos Secciones muy activas que están haciendo más que las asociaciones internacionales en su campo, mientras que hay otras Secciones que necesitan revitalizarse para cumplir los requisitos básicos indicados en los estatutos de la WPA. Tendremos que crear las condiciones para el mejor funcionamiento de cada Sección, lo que requerirá una acción conjunta del Comité Ejecutivo, bajo la dirección del Presidente de la WPA, del Consejo, y de los dirigentes y miembros de todas las Secciones.

Todas las actividades previstas deberán ajustarse al Plan de Acción 2023-2026 de la WPA¹⁴⁻¹⁶, aprobado por la Asamblea General en el Congreso Mundial de Viena. Habrá que proseguir e intensificar las colaboraciones con asociaciones profesionales internacionales en los ámbitos de la psiquiatría, la neurología y la salud mental pública, así como con representantes de los usuarios de servicios y organizaciones de cuidadores familiares.

La WPA pretende contribuir a la consecución del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”), y el trabajo de las Secciones Científicas será crucial a este respecto. Para ello será necesaria la cooperación con diversos socios, también más allá del ámbito de la salud pública, centrándose en áreas como la acción climática, el trabajo, la vivienda y la educación.

La promoción de estilos de vida saludables y la prevención del suicidio a nivel de la población, así como la mejora del bienestar mental y físico entre los pacientes y el personal psiquiátrico, son las principales prioridades destacadas en el Plan de Acción 2023-2026 de la WPA¹⁴⁻¹⁶, y serán un componente principal de la actividad de muchas Secciones Científicas de la WPA.

La colaboración entre las distintas Secciones Científicas, y entre estas Secciones y los Grupos de Interés Especial, en actividades de investigación y formación se proseguirá activamente durante el

próximo trienio, principalmente, pero no solo, como parte de las reuniones científicas y productos educativos de la WPA.

En este mundo en rápida evolución, sobrevivirán y se beneficiarán aquellas organizaciones que no solo sigan sus principios tradicionales, sino que también creen nuevos mecanismos flexibles para poner en práctica su misión, que en nuestro caso es prestar servicios de alta calidad a los pacientes, las familias y toda la comunidad; garantizar el desarrollo profesional de los psiquiatras y otros trabajadores de salud mental; y contribuir a la promoción de la salud mental y física a nivel de la población. Esto requerirá un arduo trabajo de colaboración, para el que todos estamos preparados.

Armen Soghoyan

WPA Secretary for Scientific Sections

1. World Psychiatric Association. WPA statutes and by-laws. www.wpanet.org.
2. Schulze TG. World Psychiatry 2022;21:474-5.

3. Javed A. World Psychiatry 2022;21:325-6.
4. Javed A. World Psychiatry 2023;22:165-6.
5. Javed A. World Psychiatry 2023;22:341-2.
6. Schulze TG. World Psychiatry 2023;22:345.
7. Campion J, Javed A. World Psychiatry 2022;21:330-1.
8. Pi EH. World Psychiatry 2022;21:162-3.
9. Pi EH. World Psychiatry 2022;21:477-8.
10. Pi EH. World Psychiatry 2023;22:345-6.
11. Ng RMK. World Psychiatry 2023;22:346.
12. Fiorillo A, Javed A, Azeem MW et al. World Psychiatry 2023;22:495-6.
13. Fiorillo A, de Girolamo G, Simunovic IF et al. World Psychiatry 2023;22:169-70.
14. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:170-1.
15. Wasserman D. World Psychiatry 2023;22:343-4.
16. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:488-9.

DOI:10.1002/wps.21217

(Soghoyan A. Report from the WPA Secretary for Scientific Sections. World Psychiatry 2024;23:306-307)

Informe del Grupo de Trabajo de la WPA sobre el desarrollo de asociaciones con usuarios de servicios y cuidadores familiares (2020-2023)

Las 187 ratificaciones de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹ van acompañadas de obligaciones legales en la línea de “¡Nada sobre nosotros sin nosotros!”, una vieja reivindicación de las organizaciones que representan a cientos de millones de personas con discapacidad en todo el mundo.

Por primera vez en la historia, en los primeros años de este siglo, las afecciones relacionadas con la salud mental pasaron a ser reconocidas como parte del sector más amplio de la discapacidad y, en este contexto, a denominarse discapacidades psicosociales. Esto permitió que las personas con problemas de salud mental ocuparan un lugar destacado en las iniciativas mundiales de defensa de los derechos relacionados con la discapacidad para promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad.

En otra primicia histórica, los autogestores fueron una parte esencial del proceso de negociación y redacción de la Convención. El primer tratado de derechos humanos del siglo XXI fue producto de un proceso verdaderamente participativo. No se emprenderá ninguna elaboración de políticas, revisión o modificación de la legislación o adiciones a la normativa sin incluir a expertos por derecho propio, a saber, personas con discapacidad psicosocial.

El consenso internacional sobre el trabajo en asociación está en vías de hacerse realidad en todo el mundo. Según el Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2020², el 35% de los 171 países que respondieron a la encuesta informaron de una colaboración formal en curso con usuarios de servicios y/o grupos de defensa de familiares y cuidadores.

Las organizaciones psiquiátricas profesionales tienen un importante papel que desempeñar en la creación de oportunidades para una participación significativa, auténtica y sostenible de las personas que viven con una discapacidad psicosocial en su trabajo.

A escala internacional, algunos ejemplos son la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, que incluye como miembros de su junta directiva a personas que han vivido la experiencia de padecer enfermedades mentales y a cuidadores familiares; la Asociación Europea de Psiquiatría, que incluye a miembros ex officio

de las juntas directivas de la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI) y la Alianza Global de Redes de Defensa de los Enfermos Mentales (GAMIAN); y el Convenio de Colaboración entre Mental Health Europe (MHE) y la Red Europea de (ex) Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (ENUSP).

A nivel nacional, algunos ejemplos son el Real Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda, con su Comité de Colaboración Comunitaria, cuyos miembros contribuyen a la formación, evaluación y acreditación de psiquiatras, así como a la dirección de políticas de salud mental y al funcionamiento interno del Colegio; y el Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido, con un cuidador familiar y un representante de los usuarios como miembros del consejo.

Algunos organismos gubernamentales también cuentan con personas con experiencia vivida. Un ejemplo destacado es el Comité Asesor de Salud Mental creado por el Gobierno de la Región Administrativa Especial de Hong Kong. Con el asesoramiento y apoyo de este Comité, la Autoridad Hospitalaria de Hong Kong se ha asegurado de que cada grupo de servicios de salud mental contrate a un número mínimo específico de trabajadores expertos formados por iguales en sus equipos de salud mental para personas con problemas graves de salud mental. Otro ejemplo es la Comisión Nacional de Salud Mental del Gobierno Australiano.

Ejemplos de políticas internacionales y esfuerzos de investigación con asociaciones son la Comisión Lancet sobre Salud Mental, Estigma y Discriminación³, que incluyó a personas con experiencia vivida en puestos clave de liderazgo; y la iniciativa QualityRights de la OMS⁴, que ha adoptado múltiples medidas para situar a personas con experiencias vividas en el centro de su trabajo a nivel mundial y nacional para transformar la política, la legislación y los servicios, y para desarrollar capacidad en enfoques de la salud mental centrados en la persona y basados en los derechos.

La Red Mundial de Salud Mental entre Pares ha establecido asociaciones formales con varias organizaciones internacionales, como la Iniciativa Internacional para el Liderazgo en Salud Men-

tal, Ember Mental Health y Recovery IPSS. Estas asociaciones están alineadas con sus “Consideraciones a la hora de trabajar y comprometerse con personas con experiencia vivida de enfermedad mental”. Entre las reglas de compromiso para el éxito de las asociaciones figuran los principios de transparencia y equidad, la búsqueda de un lenguaje común, la toma de decisiones por consenso o democráticamente, y el paso de una participación simbólica a asociaciones activas y comprometidas⁵.

Entre los ejemplos de asociaciones de formación cabe citar la formación continuada para profesionales de salud mental de la Asociación Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI) de EE.UU., impartida por un equipo formado por un adulto con una enfermedad mental, un familiar y un profesional de salud mental que también sea familiar o padezca una enfermedad mental; las capacitaciones desarrolladas por la Fundación Mundo Bipolar dentro del proyecto RECOVER-E; y el programa de formación “Prospect for People” de EUFAMI.

Durante más de tres décadas, la experiencia Trialogue de aprender y practicar la comunicación en igualdad de condiciones ha proporcionado una adquisición y producción de conocimientos discreta e independiente a personas con una experiencia vivida de problemas de salud mental, familiares y amigos, así como a personas que trabajan en el ámbito de la salud mental⁶.

La WPA lleva muchos años trabajando para la inclusión de los usuarios de los servicios y los cuidadores familiares en todos los aspectos de la salud mental. Sus “Recomendaciones sobre Buenas Prácticas en el Trabajo con Usuarios de Servicios y Cuidadores Familiares”⁷ resuenan en su Declaración de Madrid. El impulso se reavivó con la creación del Grupo Asesor para Usuarios de Servicios y Cuidadores Familiares y su trabajo en el trienio 2017-2020. Este trabajo fue continuado por el Grupo de Trabajo sobre el Desarrollo de Asociaciones con Usuarios de Servicios y Cuidadores Familiares, establecido como parte del Plan de Acción de la WPA 2020-2023⁸⁻¹⁰.

Este Grupo de Trabajo ha cooperado con muchos componentes de la WPA y ha participado en todos los Congresos Mundiales celebrados durante el trienio, organizando simposios sobre diversos temas, desde la salud somática de personas con trastornos mentales hasta los derechos humanos y la salud mental, así como cursos sobre alternativas a la coerción en la atención de salud mental. Estos últimos han sido el resultado de una fructífera cooperación con el Grupo de Trabajo de la WPA sobre la aplicación de Alternativas a la Coerción en la Atención de Salud Mental. Esta colaboración incluyó la investigación, educación y coautoría de un documento de posición y otros documentos académicos. También se llevó a

cabo una cooperación con el Grupo de Trabajo de la WPA sobre Voluntariado¹¹.

El Grupo de Trabajo también organizó en 2023 dos seminarios web de la WPA sobre “No hay atención a la salud mental sin derechos humanos” y sobre “El porqué y el cómo de las asociaciones exitosas entre psiquiatras y movimientos de defensa de usuarios de servicios y familiares/cuidadores”.

Por último, el Grupo de Trabajo elaboró un Documento de Posición sobre “Desarrollo de Asociaciones con Usuarios de Servicios y Cuidadores Familiares”, que fue adoptado por la Asamblea General de la WPA en septiembre de 2023. Este Documento de Posición recomienda que “todas las organizaciones profesionales internacionales y locales, incluidos los programas y las Sociedades Miembro de la WPA, encuentren formas adecuadas de trabajar en asociaciones auténticas y significativas con personas y/u organizaciones con experiencia personal en afecciones de salud mental, así como con familiares y cuidadores informales”.

Miia Männikkö¹, Guadalupe Morales Cano², Martha Savage³, Charlene Sunkel⁴, Afzal Javed⁵, Roger M.K. Ng⁶, Michaela Amering⁷

¹Past-President, EUFAMI; ²Fundación Mundo Bipolar, Madrid, España; ³Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand; ⁴Global Mental Health Network; ⁵Pakistan Psychiatric Research Centre, Fountain House Institute, Lahore, Pakistan; ⁶WPA Secretary for Education 2017-2023; ⁷Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

1. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations, 2007.
2. World Health Organization. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization, 2021.
3. Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A et al. Lancet 2022;400:1438-80.
4. Funk M, Drew Bold N. Health Hum Rights 2020;22:69-75.
5. Global Mental Health Peer Network. www.gmhpn.org.
6. Amering M. In: Gaebel W, Rössler W, Sartorius N (eds). The stigma of mental illness – end of the story? Berlin: Springer Nature, 2016:581-90.
7. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. World Psychiatry 2011;10:229-36.
8. Javed A. World Psychiatry 2022;21:325-6.
9. Javed A. World Psychiatry 2023;22:165-6.
10. Javed A. World Psychiatry 2023;22:341-2.
11. Thomson S, Chumakov E, Van Hoof J et al. World Psychiatry 2022;21:161-2.

DOI:10.1002/wps.21221

(Männikkö M, Cano GM, Savage M, Sunkel C, Javed A, Ng RMK, Amering M. Report by the WPA Working Group on Developing Partnerships with Service Users and Family Carers (2020-2023). World Psychiatry 2024;23:307–308)

