

## TRASTORNO MENTAL: FACTORES BIOLÓGICOS, PSICOSOCIALES Y CULTURALES DIFERENCIALES \*

**Belén Mingote Bernad**

Psicóloga sanitaria

**José Carlos Mingote Adán**

Médico psiquiatra

\* Un trastorno mental: ¿Es una enfermedad como otra cualquiera? ¿y que nos puede pasar a cualquiera? Se consideran diversos factores biológicos, psicosociales y culturales diferenciales. 26 años después de: “*Libertad fatal. ética y política del suicidio*” de Thomas Szasz, 1999 (2002 en español).

### RESUMEN

El contenido de este artículo se proyecta en base al modelo de la psicología y de la psiquiatría positiva, y está dirigido no solo a tratar los síntomas y las disfunciones conductuales, sino a procurar ayudar a desarrollar conocimientos y habilidades para el cuidado de la propia salud y la prevención de la enfermedad física y mental. Se trata así de analizar la elevada resiliencia que en mayor o menor grado compartimos los seres humanos, considerando la resiliencia como la capacidad para sobreponernos tras las frecuentes experiencias adversas que se pueden experimentar a lo largo de la vida. En el artículo se abordan además diversas barreras que dificultan los progresos de la salud mental, así como la delimitación de la depresión y las diferencias de este trastorno mental con otras enfermedades. También se analizan comparativamente los términos de *Psiquiatría* y *Antipsiquiatría*, el concepto de trastorno mental, y el nivel de frecuencia o posibilidad del padecimiento de un trastorno mental por parte de los seres humanos.

### 1. INTRODUCCIÓN

*Bertolt Brech puso en boca de Galileo: “Yo sostengo que el único cometido de la Ciencia es aliviar las fatigas de la existencia humana”, en su obra de teatro La vida de Galileo, 1943.*

Realizamos este trabajo desde el modelo de la psicología y de la psiquiatría positiva (Jeste y Palmer, 2015), que se dirige no solo a tratar los síntomas y las disfunciones conductuales, sino que procura ayudar a desarrollar conocimientos y habilidades para el cuidado de la propia salud y la prevención de la enfermedad física y mental. Porque sin salud mental no hay salud personal.

Además, muchas personas desconocen que la mayoría de los trastornos mentales son patologías prevenibles, igual que sucede con las enfermedades cardiovasculares y metabólicas más prevalentes, a través de la práctica de hábitos de vida saludable y la prevención de conductas de riesgo para nuestra salud, ya desde antes del nacimiento. Lo que requiere realizar campañas preventivas masivas y de psicoeducación a nivel de la población general, y especialmente entre niños y jóvenes respecto de las patologías mentales más prevalentes, como es la depresión.

El *objetivo principal* de este ensayo es informar sobre la elevada resiliencia que compartimos los seres humanos, en mayor o menor grado. Resiliencia que es diferente a omnipotencia. Resiliencia es la

capacidad para sobreponernos tras las frecuentes experiencias adversas que todos experimentamos a lo largo de la vida, recuperarnos y salir fortalecidos de ellas. Hablar de resiliencia es siempre algo relativo a un cierto grado o margen de resistencia al estrés, la posibilidad de cambio, flexibilidad adaptativa y el reconocimiento de las propias capacidades y de los límites que todos tenemos, incluso sin saberlo de modo consciente. Claro que ser bastante resilientes no significa ser invulnerables, ni está reñido con el hecho de poder padecer alguna enfermedad o trastorno mental, que podemos padecer cualquiera de nosotros. Ser resiliente es poder sufrir un trastorno mental y afrontarlo de modo efectivo lo antes posible. Los más prevalentes son trastornos leves o moderados, y con un diagnóstico temprano y con un tratamiento eficaz podemos aprender a ser más resilientes a posteriores situaciones de estrés. En todos los casos, es prioritario el diagnóstico y el tratamiento precoz, antes de que se cronifiquen y compliquen hasta poder llegar a hacerse resistentes a los tratamientos. Igual que sucede con todas las enfermedades: *“porque más vale prevenir que lamentar”*.

El diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz, sobre todo en los casos de comienzo infanto-juvenil, es una verdadera *“vacuna neurobiológica y conductual”* al aprender a afrontar problemas posteriores, en línea con la técnica de inoculación de estrés que propuso Donald Meichenbaum. Se trata de una intervención desarrollada por este psicólogo canadiense en el que se entrena a la persona en un conjunto de habilidades específicas para hacer frente a las situaciones estresantes y a los conflictos relacionados con su motivo de consulta. La peculiaridad de este tipo de intervenciones es que la persona aprende a interpretar sus dificultades desde una perspectiva positiva, permitiéndole tomar parte activa en la selección de las mejores técnicas que se ajusten a las demandas de la situación problemática a la que se enfrenta. La inoculación de estrés funciona como una *“vacuna”* por exposición gradual a sus problemas, de forma que una vez adquiridas las habilidades de afrontamiento, la persona aprende a gestionarlas de forma más efectiva. Las principales habilidades a aprender son todas aquellas que permitan a cada persona lograr un control efectivo de sus problemas (Meichenbaum, 1987).

Hablar de resiliencia es referirse pues, tanto a los factores de protección como a los factores de riesgo. En este sentido, el reconocimiento y la aceptación del propio sufrimiento, que media en la búsqueda de soluciones efectivas, es un signo positivo de resiliencia y de salud mental. Mientras que la negación de los problemas personales es una forma de comportamiento desadaptativo, que, por cierto, es característico de las personas que padecen un trastorno mental grave (Mingote Adán, del Pino Cuadrado, Gálvez Herrero, Gutiérrez García, Sánchez Alaejos, 2010). Aunque también en estos casos puede y debe utilizarse herramientas preventivas y terapéuticas que permitan aumentar la conciencia de enfermedad y la motivación para recuperar la salud. Además, en la actualidad se conocen los diferentes factores de riesgo y de protección para nuestra salud mental, tanto riesgos físicos como biológicos, ambientales y psicosociales. Así, los niños desnutridos que crecen en ámbitos socioeconómicos de pobreza y violencia presentan graves déficits en el neurodesarrollo, evidenciable a nivel psicomotor (una o más desviaciones estándares bajo el promedio), cognitivo y conductual que puede manifestarse a lo largo de toda la vida. Hoy sabemos que hay diferentes formas de pobreza, como de los medios necesarios para el cuidado adecuado del niño en el seno de la familia, de los cuidados sanitarios, de escolarización, etc., de los que depende un desarrollo personal pleno y saludable.

No obstante, persisten diversas *barreras que dificultan estos objetivos*, como son:

### **1. Barreras de los profesionales sanitarios:**

1.1 grave déficit de formación en salud mental y en los aspectos psicosociales inherentes a la práctica clínica de los médicos, lo que dificulta la comunicación médico-paciente y el trabajo en equipo.

1.2 condiciones laborales insatisfactorias en el ámbito socio-sanitario: una asistencia clínica de calidad exige unas condiciones laborales saludables en las instituciones en las que trabajan los profesionales sanitarios. Y la primera condición laboral es el respeto a la legítima autonomía del profesional, que debe estar protegida de las injerencias economicistas y políticas (ideológicas), según exige la moderna doctrina bioética (Sánchez González, 2021).

**2. Barreras del paciente:** falta de información y de competencias para el cuidado de la propia salud física y mental debido a un grave déficit educativo en el ámbito de la salud y persistencia de un estigma social generalizado sobre el padecimiento de un trastorno mental.

### **3. Barreras institucionales:**

3.1 deficiente financiación de la Sanidad Pública y de la Salud mental en particular, lo que genera insuficiencia de recursos y de personal especializado (en especial de psicólogos y de trabajadores sociales);

3.2 una pésima gestión de los profesionales sociosanitarios (mal llamados “recursos humanos”); duplicación de redes asistenciales (como la de atención a drogodependientes y la de salud mental), mala coordinación entre equipos asistenciales y una deficiente continuidad de cuidados entre los diferentes dispositivos y niveles asistenciales.

3.3 priorizar la asistencia dirigida a la enfermedad aguda y no a la prevención de la enfermedad, ni a la educación para el cuidado responsable de la propia salud y la atención personal integral.

## **2. PERO, UN TRASTORNO MENTAL COMO LA DEPRESIÓN, ¿ES IGUAL QUE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD?**

*Podemos contestar que sí, y a la vez, decir que no: depende de la perspectiva de observación. Podemos decir que sí, porque la depresión, como la mayoría de enfermedades, es una patología compleja y que podemos padecer cualquiera. Y podemos decir que no, porque, como el resto de trastornos mentales, afecta al núcleo íntimo de la identidad personal, nos transforma, sea para bien o para mal. Cuando en este artículo hablamos de depresión nos referimos al trastorno depresivo mayor, que es diferente de los trastornos adaptativos y de otras formas de depresión.*

De forma bienintencionada, los profesionales sanitarios decimos a nuestros pacientes que “la depresión es una enfermedad como otra cualquiera y que nos puede pasar a cualquiera”. Seguramente con el objetivo de luchar contra el estigma internalizado por la mayoría de las personas respecto al padecimiento de los diferentes trastornos mentales. Además, hay distintos tipos de trastornos mentales, la mayoría son transitorios si se tratan de modo eficaz. Incluso, no está claro cuantos trastornos mentales existen, por ejemplo, la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-1, 1952), contenía 106 trastornos mentales, mientras que la versión DSM-5, 2013) reconoce 216. Y el último texto revisado (DSM-5-TR, 2024) revisó los criterios para 70 trastornos y agregó un nuevo diagnóstico: el trastorno de duelo prolongado. El sistema DSM ha permitido mejorar la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos a nivel global, pero la incorporación de nuevas patologías depende de la evidencia que aportan los nuevos estudios empíricos.

Además, la comorbilidad es la norma, no la excepción, el recurso a los diagnósticos no especificados, que pueden ser los más frecuentes en áreas como los trastornos de la conducta alimentaria o los trastornos de personalidad, y la falta de tratamientos específicos para muchas categorías diagnósticas revela las insuficiencias de este sistema clasificatorio (Echeburúa, Salaberría, Corral y Polo-López, 2010).

Las diferentes revisiones que se han editado en los 72 años transcurridos desde la primera edición de la llamada “biblia de la psiquiatría”, han motivado una permanente controversia, no solo por el aumento de los diagnósticos psiquiátricos basados en las evidencias que aportan las nuevas investigaciones y el consenso de expertos, sino también por los cambios en los criterios diagnósticos en diferentes categorías, lo que dificulta la comparación de los resultados y apreciar la evolución temporal de estos padecimientos. El DSM-5 se basa en el modelo médico categorial de enfermedad, que, en el caso de los trastornos mentales presenta muchas limitaciones en la práctica clínica.

Y ¿por qué no hablamos de enfermedades mentales? El concepto de enfermedad se refiere a una misma agrupación de síntomas, igual curso evolutivo y pronóstico, así como una determinada respuesta al tratamiento. Mientras que, hasta la actualidad, en el ámbito de la salud mental no es posible determinarlos factores etiológicos, ni los procesos patogénicos mediadores en los diferentes padecimientos. Por ello, se opta por limitarse a describir de la forma más detallada posible los criterios diagnósticos actualizados de los trastornos mentales para que puedan ser identificados por los profesionales sanitarios y ser compartidos con un lenguaje común. En este sentido el DSM-5, como sus antecesores, es más un diccionario descriptivo que un manual de psicopatología (Echeburúa, Salaberría, Cruz-Sáez, 2014).

A diferencia de la mayoría de enfermedades corporales, el concepto de trastorno mental es mucho más desdibujado e inestable: a lo largo de la historia el concepto de enfermedad mental ha dependido en gran parte de la limitación de los conocimientos disponibles en un momento histórico dado y, sobre todo, de factores psicosociales y culturales. Como los persistentes prejuicios respecto de las personas diagnosticadas como “enfermos mentales”. Ya que a falta de conocimientos objetivos se les prejuzga como extraviados y se les excluye socialmente. El hecho de ser considerado “un enfermo mental” ha implicado en muchos casos un juicio de valor negativo, una deficiencia, “*algo así como una capitis diminutio*”, que denunciaba Karl Jaspers en su magistral Psicopatología General (1946). Expresión que explica con claridad la general aversión a reconocer cualquier problema mental en uno mismo y, al mismo tiempo, “*el sentimiento de superioridad*” generalizada sobre aquél que sea etiquetado como enfermo mental. Y al que la mayoría, considerándose sano a sí mismo, se considera autorizado a darle un consejo no pedido. Claro que de este modo “*los enfermos odian al consejero más aun que a su enfermedad*”, aseguraba Nietzsche. Lo que permite comprender las generalizadas resistencias para reconocer que uno tiene dificultades o problemas psicológicos, mientras que la mayoría somos tan expertos “*en ver la paja en el ojo ajeno y no la viga que tenemos en el nuestro*”.

Claro que este sesgo cognitivo tiene un alto precio: Nos privamos de la posibilidad de solicitar y recibir la ayuda que tanto podemos necesitar. Esta dinámica perversa expresa la dinámica estigmatizadora social, que, junto con la ignorancia y las pobreza de todo tipo que padecemos, sigue siendo uno de los mayores problemas de salud pública global en el ámbito de la salud mental.

La conducta normal o patológica del ser humano, como su salud/enfermedad mental ha de estudiarse con prudencia y desde el paradigma de la *complejidad*, aunque tratar este constructo se merece un espacio diferente. De momento, recordemos el cuento indio de los seis ciegos, determinados a estudiar a un elefante:

El primero se acercó al elefante, tocó su flanco alto y duro; palpó bien y declaró: “*¡el elefante es igual que una pared!*”

El segundo, de un colmillo tocó la punta aguzada, y sin más, dijo: “*¡ es clarísimo! mi opinión ya está tomada: ¡bien veo que el elefante es lo mismo que una espada!*”

Toca la trompa el tercero, y, en seguida, de esta suerte habla a los otros: “*¡es largo, redondo, algo repelente...! ¡El elefante es una inmensa serpiente!*”

El cuarto, por una pata trepa, osado y animoso exclama; “*¡ Oh, ¡qué enorme tronco! Y luego dice: ¡Amigos, el elefante es como un árbol añoso...!*”

El quinto toca una oreja y exclama: “*¡ Vamos, amigos, ¡todos os equivocáis en vuestros profundos juicios! ¡Yo os digo que el elefante es como un gran abanico!*”

El sexto, al fin, coge el rabo, se agarra bien, por él trepa... “*¡Vamos, vamos, compañeros; ninguno en su juicio acierta! ¡El elefante es una sogal ¡Sí, es una cuerda!*

Los ciegos del Indostán disputan y se querellan; ¡cada uno está seguro, de haber hecho bien su prueba...! Cada uno tiene un poco de razón...el elefante, al que nunca vieron, es un poco todo lo que ellos discuten, juzgan, y definen, sin más: pared, espada, serpiente, árbol añoso, gran abanico, y cuerda.

Comprender y desarrollar la capacidad de pensamiento complejo es la mejor defensa frente a tantos reduccionismos simplificadores que nos amenazan por casi todas partes: biologicistas o anti-biologicista, psicologicistas o anti-psicologicistas, sociologicistas o anti-sociologicistas, da igual, todos ellos son aproximaciones parciales a una realidad que se nos escapa en su totalidad. Otra cosa diferente es la necesidad de utilizar los diferentes métodos de conocimiento de la realidad, pero método etimológicamente significa camino, no meta. Decía el benévolo sabio Tinbergen que debíamos perdonar a los grandes maestros (como Galileo, Darwin o Freud), que su descubrimiento les cegara para otros aspectos de la realidad, como le pasó al intrépido Edipo. Pero que sus alumnos, la mayoría de los mortales debíamos afrontar con modestia el reto de articular sus aportaciones, como piezas de un inmenso rompecabezas que la humanidad va haciendo a lo largo de los siglos.

Lo cierto es que tanto los estados de salud, como los de enfermedad, son estados complejos y multideterminados por numerosos factores individuales desde la concepción y a lo largo de toda su vida (como la satisfacción de nuestras necesidades básicas y hábitos adquiridos, la calidad de la educación recibida, tener o no objetivos vitales y valores morales asumidos, etc.); así como por factores del entorno socioeconómico, cultural y político en que vive cada persona: todos estos factores codeterminan lo que se denomina “*campo o ámbito psicológico*” (Cicchetti, Cohen, 2006), como se representa en el siguiente esquema:

La conducta (B), sana o enferma, resulta de la interacción de la persona como sujeto activo (P) con su entorno, entendido en un sentido amplio (E):  $B=f(P \times E)$ .

Este modelo, también conocido como de la interacción diátesis x estrés, se aplica a la mayoría de enfermedades y trastornos mentales conocidos. La conducta resulta de la convergencia de numerosos factores, tanto del individuo (factores genéticos y epigenéticos, neurobiológicos, psicológicos, etc.), como del entorno (exposición a estresores psicosociales, grado de apoyo familiar y social, etc.). Además, la salud mental es inseparable de la salud biológica y, de hecho, se da una elevada comorbilidad entre numerosas enfermedades médicas (sobre todo cuando afectan al sistema nervioso y/o son graves, dolorosas o incapacitantes) y los diferentes trastornos mentales, sin que sea fácil separar sus límites de forma precisa.

Como sucede entre el dolor crónico y los trastornos de ansiedad y depresión: se estima que el 75% de las personas que padecen dolor crónico sufren también ansiedad y/o depresión. De forma que padecer uno de estos trastornos aumenta significativamente el riesgo de sufrir también el otro. Por lo que la evaluación de la salud personal debe incluir la adecuada exploración de la salud física y mental de cada persona y de su entorno familiar y sociocultural. La medicina psicosomática constituye un ámbito clínico especializada en el estudio de las interacciones entre procesos biológicos y mentales, que goza de una gran vitalidad y creciente respaldo científico.

De hecho, la depresión no bien tratada contribuye significativamente a un exceso de morbi-mortalidad, tanto directamente debido al suicidio, como indirectamente por enfermedades crónicas intercurrentes, que incrementan el riesgo de mortalidad un 60-80 % (Jia, Zack, Thomson y cols., 2015). En efecto, estos autores estudiaron la presencia de síntomas depresivos utilizando el Cuestionario de Salud del Paciente de ocho ítems (PHQ-8) en las encuestas del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales de 2006, 2008 y 2010 y estimaron las puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud a partir de los datos disponibles de una muestra representativa de personas ( $n = 276.442$ ) en Estados Unidos. Resultó que, a los 18 años, la esperanza de vida ajustada por calidad aumentó 28,0 años en los adultos con depresión y 56,8 años en los adultos sin depresión, lo que representa una pérdida de

esperanza de vida de 28,9 años debido a la depresión. En los adultos con depresión, solo 0,41 años de pérdida de esperanza de vida se debieron a muertes por suicidio, y solo 0,26 años de esta pérdida pudieron atribuirse a la depresión.

En conclusión, los síntomas depresivos conllevan una carga significativa de enfermedad, tanto por mortalidad como por morbilidad, según la evaluación de la pérdida de esperanza de vida de 28,9 años a los 18 años asociada con la depresión. Lo que supera considerablemente las estimaciones reportadas en otros estudios, ya que por ictus la pérdida es de 12,4 años, por cardiopatías es de 10,3 años, por diabetes mellitus es de 11,1 años, por hipertensión es de 6,3 años, por asma 7 años, tabaquismo 11 años e inactividad física de 8 años (Jia, Zack, Thomson y cols., 2015). Lo que indica la elevada comorbilidad entre un trastorno mental (como la depresión, que tratan los psiquiatras) y numerosas enfermedades médicas (que tratan los médicos) y, en definitiva, la unidad y la continuidad biopsicológica que caracteriza la constitución propia del ser humano.

En este estudio, Jia, Zack, Thomson y cols. (2015) utilizan también el término depresión para referirse al trastorno depresivo mayor, un trastorno del estado de ánimo cuyo diagnóstico depende de la presencia de un solo episodio o de episodios depresivos mayores recurrentes, cuyo estándar de oro para el diagnóstico es la Entrevista Clínica Estructural (SCID), una entrevista diagnóstica basada en los criterios del DSM que requiere experiencia clínica para su administración. Produce un resultado dicotómico, la presencia o ausencia de depresión durante el último mes (actual), el último año o durante toda la vida, según la presencia de cinco o más de los nueve criterios del DSM, siempre que haya dificultad o incapacidad para experimentar placer (anhedonia) en todas o casi todas las actividades que nos resultan placenteras o un estado de ánimo deprimido o irritable durante la mayor parte del tiempo de estudio (depresión). Aunque casi siempre están presentes estos dos criterios diagnósticos, junto con el resto de los síntomas característicos de la depresión, y que si lo desea Vd. mismo se puede autoevaluar a continuación.

Para el diagnóstico de depresión mayor, tener igual o más 5 de los siguientes síntomas, que deben haber estado presentes casi todos los días durante un período dado de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer:

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, que es cualitativamente diferente de la tristeza normal, como la que se experimenta en el duelo normal por la pérdida de un ser querido. En los niños y adolescentes varones puede predominar un estado de ánimo irritable.

Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día (anhedonia).

Aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito.

Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia

Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente).

Fatiga o pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.

Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión.

Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Pero más allá de cumplir estos criterios en la actualidad, también es importante evaluar la gravedad de la depresión. Para esto se puede utilizar el Cuestionario de Salud del paciente de ocho ítems (PHQ-8), que es una escala que mide no solo la presencia de síntomas depresivos según los criterios DSM-5, sino también su duración temporal, y que se estandarizó preguntando el número de días en las últimas dos semanas que el encuestado había experimentado cada uno de los ocho de los nueve síntomas de los criterios diagnósticos del DSM. Todos menos el último: las ideas, los planes o intentos de suicidio. El conjunto de respuestas modificado se había convertido de nuevo al conjunto de respuestas original: 0

a 1 día = 'en absoluto', 2 a 6 días = 'varios días', 7 a 11 días = 'más de la mitad de los días' y 12 a 14 días = 'casi todos los días', con puntos (de 0 a 3) asignados a cada categoría, respectivamente. Las puntuaciones de cada ítem se suman para producir una puntuación total entre 0 y 24 puntos. Una puntuación total de 0 a 4 representa ningún síntoma depresivo significativo; 5 a 9, síntomas leves; 10 a 14, síntomas moderados; 15 a 19, síntomas moderadamente graves; y 20 a 24, síntomas graves.

La depresión actual se define de dos maneras: 1) un diagnóstico de algoritmo derivado del DSM PHQ-8 de depresión mayor ( $\geq$  cinco síntomas presentes 'más de la mitad de los días', con al menos un síntoma siendo anhedonia o depresión) u otra depresión (se requiere que dos a cuatro síntomas, incluido el estado de ánimo depresivo o la anhedonia, estén presentes 'más de la mitad de los días'); 2) una puntuación PHQ-8 de  $\geq 10$ , que tiene una sensibilidad del 88% y una especificidad del 88% para la depresión mayor e, independientemente del estado de diagnóstico, generalmente representa una depresión clínicamente significativa. La sensibilidad es la proporción de personas con esta condición, determinada mediante una prueba, que la padecen. La especificidad es la proporción de personas sin esta condición, determinada mediante una prueba, que no la padecen (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001).

El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) es una versión autoadministrada del instrumento de diagnóstico PRIME-MD para trastornos mentales comunes. El PHQ-9 es el módulo de depresión, que puntúa cada uno de los 9 criterios del DSM-IV de "0" (nunca) a "3" (casi a diario). El PHQ-9 fue completado por 6.000 pacientes en 8 centros de atención primaria y 7 centros de ginecología y obstetricia. La validez de constructo se evaluó mediante la Encuesta de Salud General Breve de 20 ítems, los días de baja por enfermedad y las visitas clínicas autoinformadas, y la dificultad relacionada con los síntomas. La validez de criterio se evaluó mediante una entrevista estructurada independiente con un profesional de la salud mental en una muestra de 580 pacientes.

A medida que aumentaba la gravedad de la depresión en el PHQ-9, se observó una disminución sustancial del estado funcional en las seis subescalas del SF-20. Asimismo, aumentaron la dificultad relacionada con los síntomas, las bajas por enfermedad y la utilización de la atención médica. Utilizando la reentrevista del profesional sanitario como criterio estándar, una puntuación en el PHQ-9  $\geq 10$  tuvo una sensibilidad y una especificidad del 88% para la depresión mayor. Las puntuaciones del PHQ-9 de 5, 10, 15 y 20 representaron depresión leve, moderada, moderadamente grave y grave, respectivamente. Los resultados fueron similares en las muestras de atención primaria y ginecología-obstetricia. En conclusión, además de realizar diagnósticos basados en criterios para los trastornos depresivos, el PHQ-9 también es una medida fiable y válida de la gravedad de la depresión. Estas características, junto con su brevedad, hacen del PHQ-9 una herramienta clínica y de investigación útil ((Kroenke, Spitzer, Williams, 2001). En este estudio el diagnóstico de por vida de trastornos de ansiedad o depresión se hizo directamente a través de dos preguntas:

1,"¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene un trastorno de ansiedad (incluido el trastorno de estrés agudo, la ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, los ataques de pánico, el trastorno de pánico, la fobia, el trastorno de estrés postraumático o el trastorno de ansiedad social)?" y

2,"¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene un trastorno depresivo (incluida la depresión, la depresión mayor, la distimia o la depresión menor)?"

Y la calidad de vida relacionada con la salud se estudió con y tres preguntas de autoevaluación de la salud de los encuestados durante los 30 días anteriores:

1) Salud física: "¿Cuántos días su salud física, que incluye enfermedades físicas o lesiones, no fue buena?"

2) Salud mental: "¿Cuántos días su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, no fue buena?"

3) Limitaciones de actividad: "¿Está usted limitado de alguna manera en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?"

No obstante, con estos y con otros cuestionarios autoadministrados, solo se puede sugerir la probable existencia o no de un trastorno mental. Porque *el diagnóstico de cualquier trastorno mental exige la realización de una anamnesis exhaustiva, la utilización de criterios diagnósticos fiables y la utilización complementaria de instrumentos validados, exploraciones psicométricas, físicas y bioquímicas de laboratorio, a fin de descartar la posible existencia de enfermedades médicas concurrentes o el efecto de algunos fármacos que pudieran imitar los diferentes síndromes psicopatológicos*. El diagnóstico de una depresión es fácil de hacer para un profesional sanitario competente a través de la exploración del estado mental de una persona en una entrevista clínica, que es el patrón diagnóstico oro, tras la exclusión de otras enfermedades médicas que pueden manifestarse con síntomas depresivos explicables orgánicamente. Por eso es necesario descartarlas antes de hacer cualquier diagnóstico de un trastorno mental. Y, además, existen numerosos tratamientos efectivos para la depresión, tanto de tipo psicoterápico como farmacológico.

Otra idea clave a subrayar en esta introducción es que la aparición de ideas de suicidio en una persona debe ser considerada un síntoma característico de depresión, por lo que debe ser acompañada y atendida por un profesional sanitario competente de forma urgente. *Y como la depresión suele aparecer en la adolescencia y afecta aproximadamente a 1 de cada 4 adolescentes mujeres y 1 de cada 10 varones, numerosos autores consideramos imprescindible desde una perspectiva ética y de salud pública, la realización de screening de depresión de forma sistemática, especialmente en edades entre los 25 y 35 años, donde es más frecuente el inicio de esta patología, sin olvidar la instauración del tratamiento efectivo una vez se confirme el desarrollo de un episodio depresivo. Además, la depresión adolescente es un factor de riesgo significativo de suicidio y es la causa de más de un tercio de todas las muertes de adolescentes (Grossberg, Rice, 2022).*

A veces la depresión se desencadena por situaciones vitales estresantes recientes, pero otras veces aparece de forma súbita, producida por mecanismos neurobiológicos y psicopatológicos cada vez mejor conocidos, incluso durante periodos muy felices de la vida. Como durante la *"juventud divino tesoro..."*, durante un embarazo deseado o tras el nacimiento de un hijo muy deseado, como le sucedió a Mercedes (32 años): *"Yo me creía una persona muy normal hasta ese momento, acababa de tener mi primera hija, nos iba muy bien en la pareja. Pero de repente una mañana me noté muy nerviosa y muy triste, me dolía todo el cuerpo y me sentía inútil, ..., aunque cuando estaba embarazada suponía que cuando naciera la niña todo sería maravilloso. Pero al mes de tenerla pasé dos semanas en vela, sin poder dormir y con ataques de angustia. Aunque me esforzaba mucho por atenderla muy bien, pero no tenía fuerzas ni ánimo para hacerlo. Me cuesta mucho decirlo, tenía miedo a ser juzgada negativamente, ¡cuando debería ser el momento más feliz de mi vida! Estaba muy angustiada y me faltan las fuerzas para seguir adelante, ya no podía más.... En las clases de preparación al parto apenas habían mencionado de pasada la posibilidad rara de tener una depresión después del parto. Además, yo pensé que eso nunca me iba a pasar a mí, con las ganas que tenía de tener a la niña. Menos mal que con el tratamiento me puse bien rápidamente"*.

*"Ahora me han informado de que es algo que nos puede pasar a cualquier mujer. Porque es una posibilidad que tenemos un 15% de mujeres en el periodo prenatal, aumentando en el primer y tercer trimestre y situándose en torno al 15-20% en el periodo posnatal. En cambio, te hacen mucho más hincapié en la necesidad de cuidar mucho tu salud física, el peso y el colesterol, hacer ejercicio físico, no tomar bebidas alcohólicas ni fumar, etcétera"*. Cuando solo un 2%-5% de las embarazadas españolas sufren diabetes gestacional, hipertensión o preeclampsia. Este es solo un ejemplo del estigma generalizado que persiste sobre las enfermedades mentales y de los prejuicios tan nocivos que se mantienen respecto a las personas que tienen algún trastorno mental, en comparación con las enfermedades médicas.



Incluso estas personas creen erróneamente que “*eso no es algo tan normal, como tener cualquier otra enfermedad*”, un riesgo que tenemos todos los seres humanos a lo largo de nuestra vida. Con frecuencia padecer una depresión se vive como “*una debilidad personal*” de la que uno se siente culpable, “*por no haber puesto lo suficiente de mi parte y haberme dejado vencer*”. Cuando la depresión no es un fracaso personal, es una enfermedad sistémica (corporal y mental) muy prevalente, infradiagnosticada y maltratada o no tratada por ignorancia, por vergüenza (ansiedad social) y deseabilidad social.

*Actualmente la depresión durante el embarazo o el puerperio se encuentra incluida como un grave problema de salud pública global.* En los casos más graves, la madre puede llegar a agredir a su hijo y/o practicar el infanticidio. Si la mujer presenta depresión posparto, no se trata adecuadamente y no recibe apoyo familiar, su estado puede agravarse hasta el punto de que ocurran situaciones dramáticas en la vida de la familia (García Vega, 2010).

### **3. PERO ¿LA ENFERMEDAD MENTAL ES UNA ENFERMEDAD RARA O INFRECUENTE?**

Una enfermedad rara (por infrecuente) es aquella cuya frecuencia de aparición en la población es inferior a 5 casos por 10.000 habitantes. En su mayoría se trata de enfermedades crónicas de origen genético y que hasta hace poco no tenían un tratamiento efectivo. Mientras que los trastornos mentales son mucho más frecuentes en la población general y con un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz pueden controlarse, incluso en los casos de trastorno mental grave. Además, es algo que nos puede suceder a cualquiera, aunque generalmente nunca pensemos en que nos vaya a pasar a nosotros. Porque, la Organización Mundial de la Salud estima que una de cada ocho personas en el mundo padece un trastorno mental, aunque la mayoría de ellas carecen de acceso a una atención eficaz. Lo que supone que, en un momento dado, entre el 10-12 % de las personas padece un trastorno mental, y más del 25% -una de cada cuatro personas- lo tendrá a lo largo de su vida. Y en torno al 3% de la población adulta se tratará de un trastorno mental grave. Que la mayor parte de las veces, con un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz pueden tratarse de modo efectivo. Es decir, que los trastornos mentales afectan a una parte importante de la población mundial. Y la depresión es el principal de ellos, ya que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, según datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (WHO depression, 2017). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

Y salvo las enfermedades raras (infrecuentes), todas las enfermedades (físicas y mentales) son complejas, debido a la complejidad constitutiva del ser humano, hecho que se manifiesta en los distintos términos utilizados en inglés para referirse al hecho de estar enfermo:

1, *disease* se refiere a la enfermedad objetiva, que es identificable a través de la exploración clínica y los métodos complementarios de diagnóstico.

2, *illness* a la experiencia subjetiva de enfermedad percibida conscientemente y experimentada por una determinada persona, factor esencial que determina la búsqueda de la ayuda profesional que precisa, y

3, *sickness*, la dolencia que incluye los aspectos culturales, sociales, laborales, etc. en los que vive inmersa cada persona.

Aunque en realidad, se trata de las 3 dimensiones que hay que evaluar e integrar jerárquicamente en toda enfermedad y trastorno mental. Otra cosa diferente es que el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios sobre los trastornos depresivos siga siendo deficiente, a pesar de que se trate de un problema de salud mental presente en todos los países del mundo. Así, por ejemplo, la Encuesta Mundial de Salud Mental, aplicada en 17 países hasta el año 2007, reveló una prevalencia anual de entre 3 a 6% y una prevalencia de vida de entre 4 y 10% para el trastorno depresivo mayor (Kessler, Aguilar-Gaxiola, Alonso, 2009). Las primeras 17 encuestas de esta encuesta mundial muestran que los trastornos mentales son comunes en todos los países participantes. Las estimaciones de prevalencia de

enfermedades mentales graves a 12 meses son del 4-6,8 % en la mitad de los países, del 2,3-3,6 % en una cuarta parte y del 0,8-1,9 % en una cuarta parte. Además, la mayoría de los trastornos mentales comienzan en la infancia-adolescencia y tienen efectos adversos significativos en las transiciones de rol posteriores y se asocian con un deterioro del rol tan elevado que las intervenciones preventivas y terapéuticas disponibles podrían tener índices de coste-efectividad positivos. En conclusión, los trastornos mentales son muy frecuentes y, a menudo, causan graves discapacidades en muchos países del mundo. En consecuencia, las estrategias preventivas serían rentable tanto para los empleadores como para la sociedad (Kessler, Aguilar-Gaxiola, Alonso, 2009).

Además, es un deber de justicia empezar por tener más en cuenta la experiencia subjetiva de las personas afectadas, ya que adecuadamente informadas podrán participar en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud, como exige el cumplimiento de la *Ley de Autonomía del Paciente (41/2002)*.

Por lo que, junto a las descripciones objetivas de los signos y síntomas que debemos evaluar de forma válida y fiable, las experiencias subjetivas y las opiniones de los pacientes deben integrarse en una asistencia clínica de buena calidad. Tal vez una de las experiencias más comunes es la que expresaba Enrique: *“Nunca pensé que esto me fuera a suceder a mi...pensaba que eso les pasaba sólo a otros, pero no a personas normales como yo...me creía”*.

A muchas de ellas las cuesta aceptarlo, sobre todo a los hombres, que son como Juan Palomo: *“Yo me lo guiso y yo me lo como”*, sea aderezado con bebidas alcohólicas o con otras conductas adictivas. Cuando los hombres enferman suelen tener más dificultades para pedir la ayuda profesional adecuada y tienden al “autodiagnóstico” y al “autotratamiento”, como en el siguiente caso: *“¡No estoy enfermo, no necesito ayuda! ¡Lo único que necesito es un empleo!”* Pero, la mayoría de los estudios demuestran que cuando más tiempo se tarde en identificar y en empezar el tratamiento del trastorno mental, este va a tener una evolución mucho peor, con otras complicaciones secundarias, como el abuso de bebidas alcohólicas y de otras sustancias adictivas, que agravarán con toda seguridad el padecimiento primario. Mientras que el tratamiento temprano y mantenido durante el tiempo conveniente, mejora el control de la enfermedad y las posibilidades de remisión.

Las mujeres suelen percibir mejor sus sensaciones corporales, sus sentimientos y sus estados mentales, en general. Por lo que suelen pedir ayuda antes, sea a una amiga o a nivel profesional. Así, Lola (40 años) pudo reconocer que se sentía enferma, aunque no sabía de qué: *“Nunca había pensado que una enfermedad así me fuese a pasar a mí, ¡con lo que yo he sido!, muy alegre y resolutiva. Al principio pensé que tendría alguna enfermedad, como anemia o algo así y fui al médico. Pero en el análisis estaba todo bien, a pesar de que me sintiese tan mal y no tuviese ganas de nada: sin ganas de comer, adelgacé mucho, no dormía, ni quería salir de casa y solo quería estar en la cama o viendo vídeos de YouTube... Menos mal que con el tratamiento que me propusieron me he recuperado completamente, ¡Es que no sabía que todo lo que me pasaba era por una depresión!, creía que era una enfermedad muy rara que no le pasa a casi nadie...”*. Este caso clínico de una mujer joven ilustra cómo la falta de información sobre la depresión, uno de los trastornos mentales más frecuentes, dificulta la toma de conciencia de enfermedad y retrasa la búsqueda de la ayuda profesional que tanto necesita. Por eso, en esta serie de artículos sobre Salud Mental, nos proponemos aportar *“conocimientos útiles para la vida”*, como reivindicaba Jovellanos, para prevenir el sufrimiento y mejorar la salud de la población.

En estos primeros ejemplos clínicos queda claro que en el ámbito de la salud personal y de la vida social hay dos formas diferentes de ser humanos: hombres y mujeres, salvo en los raros casos de intersexualidad biológica. Existe una morbilidad diferencial de la mujer a partir de una fisiopatología y de una psicopatología diferencial entre hombres y mujeres. Igualmente, las diferencias en la atención sanitaria y en resultados de salud entre hombres y mujeres siguen siendo un problema de salud pública, desde el momento en que no son debidas a factores biológicos, sino consecuencia directa de los estereotipos de género. En este sentido, las desigualdades de género en todos los ámbitos, familiar, laboral y social, tienen repercusiones evidentes sobre el bienestar y la salud de la mujer. En este sentido,

es destacable que en las revisiones científicas preparatorias del DSM-5 se incluyó el análisis de las posibles diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la expresión de las enfermedades mentales. En términos de nomenclatura, las diferencias de sexo son las variaciones atribuidas a los órganos reproductivos del individuo y al complemento cromosómico XX o XY. Las diferencias de género son las variaciones que resultan tanto del sexo biológico como de la autorrepresentación personal, incluidas las consecuencias sociales, conductuales y psicológicas del género percibido en uno mismo. Además, los editores justifican que se emplee “*el término diferencias de género porque, la mayoría de las veces, las diferencias entre hombres y mujeres se deben tanto al sexo biológico como a la autorrepresentación individual*”.

*Dada la importancia de las diferencias de género en salud física y mental, dedicaremos la segunda parte de este trabajo a analizar algunos aspectos de esta cuestión, aún motivo de investigación abierta.*

*A nivel global, llama la atención un estudio reciente (McGrath, Al-Hamzawi, Alonso y cols., 2023), que concluye que la mitad de las personas podemos desarrollar un trastorno mental a lo largo de nuestra existencia.* Esta es una de las conclusiones de un reciente estudio de McGrath, Al-Hamzawi A, Alonso y cols. (2023) con datos obtenidos de 29 países, liderado por investigadores de la Universidad de Queensland y la Escuela de Medicina de Harvard. El estudio ha sido publicado en la revista The Lancet Psychiatry. Según indican los autores, las estimaciones sobre el riesgo de problemas de salud mental en la población mundial son de 2007 y adolecen de algunos problemas metodológicos. Por este motivo, el objetivo del estudio fue determinar la edad de inicio, la prevalencia a lo largo de la vida y el riesgo a lo largo de la vida de los trastornos mentales, en una amplia muestra representativa de la población mundial.

En este análisis transnacional, los autores analizaron los datos de los encuestados de 18 años o más en las encuestas de salud mental mundial, una serie coordinada de encuestas epidemiológicas comunitarias transversales y presenciales administradas entre 2001 y 2022. En las encuestas, se utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS, una entrevista diagnóstica psiquiátrica completamente estructurada, para evaluar la edad de aparición, la prevalencia a lo largo de la vida y el riesgo mórbido de 13 trastornos mentales del DSM-IV hasta los 75 años en todas las encuestas por sexo. No evaluaron la etnia. Las encuestas se agruparon geográficamente y se ponderaron para ajustar la probabilidad de selección, y los errores estándar de las tasas de incidencia y las curvas de incidencia acumulada se calcularon utilizando el método de simulación de réplicas repetidas de *jackknife*, teniendo en cuenta la ponderación y la agrupación geográfica de los datos.

Para ello, los autores seleccionaron los datos de las encuestas realizadas por la Organización Mundial de la Salud desde el año 2001 al 2022. En total, el estudio reunió datos de 156.331 encuestados pertenecientes a 29 países, incluidos 12 países de ingresos bajos y medios y 17 países de ingresos altos, e incluidos 85.308 (54,5%) encuestadas mujeres y 71.023 (45,4%) encuestados hombres. La prevalencia de por vida de cualquier trastorno mental fue del 28,6% (IC del 95% 27,9-29,2) para los encuestados hombres y del 29,8% (29,2-30,3) para las encuestadas mujeres. El riesgo mórbido de cualquier trastorno mental a la edad de 75 años fue del 46,4% (44,9-47,8) para los encuestados hombres y del 53,1% (51,9-54,3) para las encuestadas mujeres. Las probabilidades condicionales de aparición por primera vez alcanzaron su punto máximo aproximadamente a los 15 años, con una edad media de aparición de 19 años (RIC 14-32) para los encuestados varones y de 20 años (RIC 12-36) para las encuestadas mujeres. Los dos trastornos más prevalentes fueron el trastorno por consumo de alcohol y el trastorno depresivo mayor para los encuestados varones y el trastorno depresivo mayor, la fobia específica y el trastorno de estrés postraumático para las encuestadas mujeres. *El estudio concluyó que, a los 75 años, aproximadamente la mitad de la población puede haber desarrollado uno o más de los 13 trastornos mentales considerados en este artículo. Trastornos diversos que suelen aparecer por primera vez en la infancia, la adolescencia o la adultez temprana.*

Los servicios deben tener la capacidad de detectar y tratar los trastornos mentales comunes con prontitud y optimizar la atención que se adapte a las personas en estas partes cruciales del ciclo de vida.

Estos resultados confirman estudios previos que evidencian la alta prevalencia de los problemas de salud mental en la población general, a pesar de la relativamente baja tasa demanda de ayuda profesional por parte de la mayoría de personas que lo necesitan. *Lo que requiere, de manera urgente, la implementación de campañas de psicoeducación, prevención y atención temprana de los trastornos mentales, especialmente entre adolescentes y jóvenes adultos de ambos sexos. En esta línea, las diferencias por género y las distintas curvas de edad de inicio asociadas a diferentes tipos de trastornos mentales proporcionadas por el estudio pueden ser de utilidad a la hora de diseñar intervenciones en salud mental más eficaces y ajustadas a las necesidades de la población. Los resultados proporcionados por este estudio son esenciales para la planificación de servicios de salud mental (McGrath, Al-Hamzawi Alonso y cols., 2023).*

Más allá de sus implicaciones individuales, la depresión es también un problema social y de salud pública debido a los siguientes hechos:

1º, su elevada prevalencia y la importancia de sus consecuencias personales, familiares, sociales y económicas, cuando este trastorno no se diagnostica ni trata adecuadamente. Así, por ejemplo, uno de cada siete adolescentes de entre 10 y 19 años (el 14%) padece algún trastorno mental, y muchas de estas afecciones no reciben el reconocimiento y el tratamiento que requieren, según datos del Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). Además, los adolescentes con un trastorno mental suelen sufrir discriminación y exclusión social, dificultades educativas, mala salud física y violaciones de los derechos humanos. También pueden ser víctimas de estigmatización, lo cual puede disuadirlos de buscar ayuda, e incurrir en diversas conductas de riesgo.

La mayoría de las conductas de riesgo, como el consumo de sustancias o las prácticas sexuales no seguras, se inician en la adolescencia. Pueden ser mecanismos que se usan para hacer frente al malestar emocional, pero pueden afectar muy negativamente al bienestar físico y mental. Los jóvenes tienen más tendencia a adoptar hábitos nocivos de consumo de sustancias que pueden perdurar a lo largo de la vida. En 2019, la prevalencia del consumo de alcohol entre las personas de entre 15 y 19 años era elevada en todo el mundo (del 22%), con muy pocas diferencias entre sexos, y en algunas regiones se observó un aumento de este consumo, según el Informe mundial sobre las drogas. Ginebra: UNOV; 2024. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders 2024

2º, en la actualidad se conoce que hay numerosos factores psicosociales de riesgo para la depresión, como toda forma de maltrato a la infancia, violencia de todo tipo, la pobreza y todas formas de exclusión social, unas relaciones familiares conflictivas y el divorcio incívico de los progenitores, así como otros eventos vitales estresantes generales, que pueden prevenirse o solucionarlos de forma civilizada y priorizando el cuidado de las niñas y de los niños. Porque se ha demostrado que la exposición a adversidades en las primeras etapas de la vida permite explicar la vulnerabilidad próxima y prolongada a padecer depresión clínica y otros trastornos mentales a través de mecanismos epigenéticos cada vez mejor conocidos (Wang, Dada, Bani-Fatemi y cols., 2020).

Además, en todos los estudios realizados a nivel global se constata que, a partir de la adolescencia, *las mujeres presentan un riesgo significativamente mayor de depresión que los hombres*. A pesar de los considerables esfuerzos realizados, aún existen algunas lagunas en la comprensión de esta disparidad de género. Uno de los factores de riesgo es la mayor exposición de las mujeres a adversidades durante la infancia, la adolescencia y durante toda la vida. Como de forma pionera concluyeron Silverman, Eicher y Williams (1987) utilizando el Cuestionario de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud en Estados Unidos.

Este cuestionario incluía preguntas sobre el nivel de estrés experimentado en las dos semanas anteriores, el efecto atribuido al estrés en la salud, las ideas sobre la búsqueda de ayuda para problemas

personales y las conductas reales de búsqueda de ayuda. Este informe examina las respuestas a estas preguntas y analiza los niveles de estrés autopercebido por sexo y otras características de los encuestados. En 1985, se estima que 34 millones de personas mayores de 18 años experimentaron mucho estrés en las dos semanas previas a la entrevista. Las mujeres fueron más propensas que los hombres a reportar mucho estrés (23 % frente a 18 %), y los encuestados de 65 años o más fueron más propensos que los jóvenes a reportar casi nada de estrés. Se estimó que 21 millones de personas (13 %) consideraron que, durante el último año, el estrés tuvo un gran efecto en su salud. El 17 % de la población consideró haber buscado ayuda durante el último año para problemas personales o emocionales a familiares, amigos, profesionales de la salud o grupos de autoayuda. El 69 % de quienes consideraron buscar ayuda informaron que efectivamente la buscaron. En cuanto a las prácticas de salud, los hombres y mujeres que reportaron niveles más altos de estrés que otros de su mismo sexo también fueron más propensos a reportar que rara vez o nunca desayunaban, dormían 6 horas o menos por noche, eran menos activos físicamente que sus compañeros o consumían más bebidas alcohólicas de lo habitual en las dos semanas previas a la encuesta.

Otros estudios posteriores apoyan la mayor exposición de las mujeres a las diferentes formas de violencia interpersonal (MacMillan, Fleming, Trocmé y col, 1997; MacMillan, Jamieson, Walsh, 2003; Gilbert, Widom, Browne, Ferguson, 2009). Estos últimos autores concluyeron que *el maltrato infantil sigue siendo un importante problema de salud pública y bienestar social en los países de altos ingresos. Cada año, entre el 4% y el 16% de los niños sufren abuso físico y uno de cada diez sufre abandono o maltrato psicológico. Durante la infancia, entre el 5% y el 10% de las niñas y hasta el 5% de los niños están expuestos a abuso sexual con penetración, y hasta tres veces esta cifra está expuesta a cualquier tipo de abuso sexual*. Sin embargo, las tasas oficiales de maltrato infantil comprobado indican menos de una décima parte de esta carga. La exposición a múltiples tipos y episodios repetidos de maltrato se asocia con un mayor riesgo de maltrato grave y consecuencias psicológicas. El maltrato infantil contribuye sustancialmente a la mortalidad y morbilidad infantil y tiene efectos duraderos en la salud mental, el consumo indebido de drogas y alcohol (especialmente en niñas), las conductas sexuales de riesgo, la obesidad y la conducta delictiva, que persisten hasta la edad adulta. El abandono es al menos tan perjudicial como el abuso físico o sexual a largo plazo, pero ha recibido la menor atención científica y pública. La elevada carga y las consecuencias graves y a largo plazo del maltrato infantil justifican una mayor inversión en estrategias preventivas y terapéuticas desde la primera infancia.

Además, la exposición a estas diferentes formas de maltrato infantil puede mediar en el riesgo de depresión en el periodo de tiempo inmediato, pero los efectos de la exposición a adversidad temprana pueden persistir a lo largo de la vida (Dunn, Gilman, Slopen y cols., 2012). En este trabajo, los autores evaluaron si las diferencias de género en la depresión de inicio en la adolescencia se deben a la mayor exposición o a la mayor sensibilidad de las mujeres a la violencia. Para tratar de aclararlo revisaron los datos obtenidos de 5.692 participantes de ambos sexos en la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad en Estados Unidos. Entrevistadores capacitados recopilaron datos sobre la depresión mayor y la exposición de los participantes a cuatro tipos de violencia interpersonal (abuso físico, agresión sexual, violación y presencia de violencia) mediante una versión modificada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta. Se empleó un análisis de supervivencia temporal discreto para investigar las diferencias de género en el riesgo de depresión de inicio en la adolescencia. Resultó que, de toda la muestra, el 5,7% cumplió los criterios del DSM-IV para la depresión a los 18 años; el 5,8% de la muestra informó haber sido maltratado físicamente, el 11,7% agredido sexualmente, el 8,5% violado y el 13,2% presenciada violencia a los 18 años. Las mujeres tenían 1,51 veces más probabilidades de depresión a los 18 años que los hombres.

La exposición a todos los tipos de violencia se asoció con mayores probabilidades de depresión tanto en el último año como en los años posteriores a la exposición. El ajuste por exposición a la violencia atenuó parcialmente la asociación entre género y depresión, especialmente para agresión sexual (odds ratio [OR] atenuado = 1,28; 15,23%) y violación (OR atenuado = 1,32; 12,59%). No hubo evidencia de que las mujeres fueran más vulnerables a los efectos de la violencia que los hombres. Estos resultados

explican que las diferencias de género en depresión se deben en parte por la mayor probabilidad de que las mujeres experimenten violencia interpersonal. Por lo tanto, reducir la exposición a la agresión sexual y la violación podría mitigar las diferencias de género en depresión. Para ello habría que desarrollar actuaciones preventivas y de psicoeducación a nivel de población general y en grupos de riesgo a partir de los 6-7 años en las escuelas y otros centros educativos.

3º, insuficiencia de recursos de asistencia, prevención y apoyo profesional en el ámbito de la salud mental, que se manifiesta en el retraso del diagnóstico y el inicio del tratamiento, seguimiento deficiente de los pacientes, mala adherencia a los tratamientos indicados y otras conductas de riesgo como el abuso y la dependencia de sustancias adictivas, intentos de suicidio, etc. Debido en parte a la ignorancia respecto nuestra salud mental, el estigma internalizado y el temor a la discriminación social de la persona que padece un trastorno mental dificulta su aceptación, la búsqueda de ayuda y el tratamiento eficaz del mismo.

Máxime cuando existen tratamientos psicofarmacológicos y psicoterápicos eficaces, bien tolerados y con escasos efectos secundarios, lo que ha facilitaría la recuperación de la salud y la mejora del bienestar y la calidad de vida.

Además, hay que señalar la frecuente insatisfacción de profesionales sanitarios, enfermos y familiares por la mala calidad de la asistencia en los sistemas sanitarios respecto de la salud mental, en nuestro país la ausencia de una relación personalizada y la orientación predominante a los síntomas y no a las personas afectadas, que convenientemente bien informadas deben participar en la toma de decisiones respecto de su propia salud.

#### **4. PSIQUIATRÍA VERSUS ANTIPSIQUIATRÍA: LA PERSISTENCIA DEL ESTIGMA RESPECTO DE LAS PERSONAS QUE PADECEN TRASTORNOS MENTALES**

Si en un artículo anterior (Encuentros Multidisciplinares nº 76, enero-abril 2024) destacábamos las importantes aportaciones epidemiológicas de Emile Durkheim (1897), en este artículo subrayaremos las aportaciones humanizadoras que hizo Thomas Szasz (1920-2012) acerca de la atención a las personas con trastornos mentales. Así como su denuncia de la deshumanización y la estigmatización de las personas con enfermedad mental y su reivindicación de los derechos de los pacientes institucionalizados y sometidos a prácticas nocivas o yatrógenas.

Además, hay que destacar que este debate sigue aún vigente, como sobre los aspectos socioculturales y éticos implicados en el suicidio: *“¿Es el suicidio un acto voluntario o el producto de una enfermedad mental? ¿Debería estar permitido a los médicos la prevención a la fuerza del suicidio? ¿Se les debería permitir la prescripción de una dosis letal de una droga con propósitos suicidas? ¿Deberían practicar la muerte por compasión? (...) Responderlas no requiere conocimientos especializados de medicina o derecho. Sólo requiere la disposición a abrir los ojos y mirar la vida-y la muerte- de frente. Evadir este reto equivale a negar que somos tan responsables de nuestra muerte como de nuestra vida”* (Szasz, 1999). En esta misma obra, *Libertad Fatal*, Thomas Szasz describe que la persona *“que se quita la vida ve el suicidio como una solución”*: *“El suicida considera que es preferible morir a seguir viviendo, Si estamos de acuerdo con su valoración, llamamos <racional> a su suicidio; si no lo estamos, lo llamamos <irracional>”*. Para Thomas Szasz el suicidio *“es una cuestión de salud privada y no de salud pública”*, motivada porque la gente se encuentra atrapada en una vida tan insatisfactoria, física o mentalmente tan dolorosa, tan humillante o vacía de esperanza, que morir es preferible a seguir viviendo: *“El individuo que se siente atrapado de este modo puede llegar a la conclusión de que el único modo de escapar es a través de la puerta que conduce a la muerte (...). Generalizando, podemos decir que el suicida es una persona que se siente atrapada, a menudo porque ha sufrido una dolorosa pérdida (...), las de un hijo, un esposo o un amante, la pérdida de la salud, especialmente de la movilidad, la pérdida de ingresos o ahorros, o bien la pérdida del honor, la reputación o el estatus”*. (Szasz, 1999).

En consecuencia, Thomas Szasz recomienda que para prevenir el suicidio: *“...debemos intentar, en primer lugar, no quedar atrapados. Llevar una vida virtuosa puede considerarse como un programa efectivo de prevención personal del suicidio. La frugalidad previene contra la necesidad; el trabajo útil evita la anomia; la honestidad protege contra el escándalo. También se deduce que es imposible proteger a los demás de sentirse atrapados. Es un esfuerzo incompatible con nuestra cultura o con cualquier otra. La religión, la ley, la libertad de prensa, las sanciones sociales informales suponen castigos potenciales y, en consecuencia, determinan la posibilidad de sentirse atrapado”* (Szasz, 1999). Y a continuación refiere varios ejemplos de “trampas mortales” relacionadas con las adicciones y la situación legal del sujeto, que determinan su “atrapamiento vital” y su pérdida de libertad personal.

En su alegato antipsiquiátrico (y en toda su extensa producción) Thomas Szasz considera que las enfermedades mentales no son “enfermedades reales” por el hecho de no ser entidades naturales susceptibles de poder ser objetivadas en la autopsia, por lo que las considera enfermedades sólo en sentido metafórico. En consecuencia, la Psiquiatría sería una pseudociencia al servicio del control social y político, como ha sucedido y sucede en la actualidad en regímenes totalitarios de todo el espectro ideológico político. Además, en su extensa diatriba antipsiquiátrica Szasz añade con ironía: *“Los médicos en general y los psiquiatras en particular no son los más indicados, ni espiritual ni profesionalmente, ni para prevenir el suicidio ni para asistirlo. Las estadísticas de suicidios entre médicos apoyan esta opinión (...). Predicar agua, pero beber vino descalifica al sujeto como persona creíble y como autoridad moral (...) Predican la prevención del suicidio, pero se suicidan más a menudo que el resto de las personas (...) Las acciones hablan más alto que las palabras ...una propaganda interesada”* (Szasz, 1999).

Porque las tasas de suicidio son consideradas indicadores del estado de la salud en las diferentes naciones del mundo y permiten evaluar el eventual progreso de éstas; sin embargo, como en corrupción, delincuencia y otros fenómenos sociales relevantes, hay dificultades conceptuales y metodológicas que condicionan la fiabilidad de los datos, donde las cifras están siempre subestimadas, muy especialmente en los Estados de baja calidad democrática. La prevención del suicidio y la lucha contra el estigma sólo puede avanzar en la prevención y la promoción de la salud en la comunidad, sobre todo en lo relacionado con tres ámbitos: el infantojuvenil, el geriátrico y el tratamiento de los trastornos graves. Aunque es conveniente subrayar que las conductas suicidas son un fenómeno transdiagnóstico y que pueden darse en personas que no padecen trastorno mental alguno.

Hemos creído conveniente incluir estas extensas citas de Thomas Szasz, porque en su forma de entender el suicidio incluye al sujeto en la toma de decisiones acerca de su salud, de su vida y de su muerte, como último remedio que cree tener la persona que se encuentra en una crisis suicida o de “atrapamiento vital”. Una última posibilidad de control, cuando cree haberlo perdido todo, salvo eso. En las crisis suicidas, que son siempre transitorias, las personas se debaten en un remolino de ambivalencia, desesperanza y desolación, como si lo hubiesen perdido todo. Incluso el aprecio por uno mismo, la esperanza de un futuro mejor, la posibilidad de ser querido y amado por alguien,...Hasta han perdido la libertad de poder pensar de otra forma (la libertad de pensamiento), por sufrir lo que Henry Ey denominaba “la patología de la libertad” en el Estudio nº 4: *“La enfermedades orgánicas son amenazas a la vida, las enfermedades mentales son ataques a la libertad (...) En efecto, el proceso mórbido traba, disuelve la actividad psíquica, disminuye la libertad y la responsabilidad del paciente mental (...) La Psiquiatría es una patología de la libertad, es la Medicina aplicada a las disminuciones de la libertad. Toda psicosis y toda neurosis es esencialmente una somatosis, que altera la actividad de integración personal (conciencia y personalidad). En este sentido, la Psiquiatría es la Patología de la libertad”*. (Ey, 2008).

Es interesante subrayar que, respecto a la acción liberticida de los trastornos mentales graves, Szasz y Ey coincidan plenamente con la experiencia clínica de la mayoría de los profesionales de salud mental, al menos en los casos en que una persona sufre un trastorno mental grave, con pérdida del juicio

de realidad, de capacidad para diferenciar la realidad objetiva y la realidad subjetiva (mental) y el atrapamiento en una especie de “agujero negro” o caverna siniestra que es la experiencia de una angustia mortal, de estar irreparablemente dañado y de que no hay solución.

Pero entonces, ¿Cuál es la causa de los diferentes trastornos mentales? Los diferentes trastornos mentales son un claro ejemplo de enfermedades complejas y, con frecuencia, crónicas, como las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, cuya causalidad es muy intrincada y cuyo desarrollo depende de la interacción de numerosos factores de riesgo y de protección, distales y proximales en el tiempo, de predisposición, desencadenantes y de mantenimiento, etc. De forma sintética se resume que todos ellos interactúan de forma continua en uno de estos dos grandes grupos de factores: son factores de vulnerabilidad genética o son factores ambientales. Un solo factor de riesgo no produce necesariamente la enfermedad, sino que aumenta la probabilidad de padecerla, mientras que el factor de protección tiene el efecto inverso.

Se habla de marcador biológico o biomarcador para referirse a cualquier factor (variable, rasgo, etc.) que se asocia con una determinada enfermedad. Lo que no significa que sea necesariamente la causa de la enfermedad, porque además las enfermedades complejas resultan de la interacción de numerosos factores etiopatogénicos, propios y ajenos, con una gran variabilidad entre los diferentes individuos. Sirva de ejemplo la exposición a situaciones vitales estresantes, que con cierta frecuencia pueden ser factores de riesgo para numerosas enfermedades corporales y trastornos mentales. Aunque, ya desde los primeros estudios epidemiológicos se constató que la correlación entre la exposición a sucesos vitales estresantes y los distintos síntomas o trastornos mentales es moderada: se trata de correlaciones de 0,30 y explica menos del 10 % de la distribución de los síntomas (Páez, 1986). Lo que explica el hecho de que, en situaciones adversas, muchas personas son capaces “*de soportar lo más extremo en una magnitud extraordinaria*”, aseguraba Karl Jaspers (1946). E incluso crecer humanamente, como demostraron con sus estudios pioneros Tedeschi y Calhoun (1996).

De hecho, en la práctica clínica no es fácil establecer relaciones de causalidad entre la exposición a situaciones vitales estresantes y el inicio o la agravación de un trastorno mental. Es de utilidad aplicar a cada caso clínico concreto los 9 criterios clínicos de Bradford Hill (1965) para establecer la posible asociación epidemiológica de una relación causal entre una presunta “causa” (mejor dicho factor de riesgo etiopatogénico) y un efecto clínico observado, que han sido muy utilizados en la investigación en salud pública, que son: fuerza de la asociación (tamaño del efecto), consistencia (reproducibilidad por diferentes personas y en distintos lugares), especificidad (de una enfermedad, población o lugar), temporalidad (el efecto debe ocurrir después de la `posible causa), gradiente biológico (relación dosis-respuesta), posibilidad según el conocimiento disponible, coherencia entre los datos epidemiológicos y del laboratorio), evidencia experimental y analogías o similitudes entre la asociación observada y otras asociaciones. Otros autores han incluido también la reversibilidad, porque si se elimina la causa debe desaparecer el efecto patógeno.

Además, en el ámbito de la salud numerosos problemas pueden ser tanto enfermedades como factores de riesgo para otras enfermedades: la misma realidad puede ser abordada como causa y como consecuencia, en secuencias interactivas complejas, circulares y reticulares, que codeterminan el grado de salud/enfermedad de cada ser humano. Cuyo estudio no puede ser abordado sólo desde un punto de vista terapéutico individual, porque es necesario integrar la perspectiva de salud pública y de prevención comunitaria. Además, desde la perspectiva preventiva tan importante es conocer los factores de riesgo como los factores de protección de la salud personal, tanto a nivel biológico y mental. Además, los diferentes trastornos mentales presentan una elevada comorbilidad entre sí, así como con numerosas enfermedades médicas, sobre todo las que afectan (directa o indirectamente) al sistema nervioso central, son enfermedades graves o crónicas, producen dolor crónico o discapacidad funcional significativa. Así, aproximadamente, la mitad de los pacientes con depresión mayor tienen antecedentes trastornos adictivos, e igualmente, la mitad de las personas con trastornos adictivos tienen antecedentes de depresión mayor. *Por la elevada prevalencia de la denominada patología dual o mejor pental, no tiene*



*sentido que en la actualidad se mantengan en España dos redes asistenciales diferentes para la atención clínica de las personas con trastornos mentales (en los Centros de Salud Mental) y con problemas de conducta adictiva (en los centros de Atención a Drogodependientes): se trata de un siniestro laberinto en el que los pacientes y los profesionales que les atienden se pierden de diversas formas, como en la desesperanza y el suicidio.*

Para las personas aquejadas de un trastorno mental como la depresión, se trata de la peor enfermedad, como decía una paciente: *“Peor que el cáncer, porque por lo menos te mueres y dejas de sufrir, pero con depresión estás como muerto en vida. Además, la gente no entiende esta enfermedad, les das pena y te dan consejos bienintencionados con los que te sientes aún peor si cabe, porque te aumenta tu sentimiento de aislamiento y de exclusión, ..., en esta vida, las cosas más importantes solo se pueden conocer por experiencia propia... Yo antes de enfermar tampoco creía que se podía pasar tan mal...”*.

Iñaki, otro paciente de 15 años afirmaba: *“Me ven como el garbanzo negro de la familia, un desastre en los estudios, en cambio a mis hermanos mayores les ha ido muy bien, y me llaman el mimao y el niño bonito de mamá’. No entienden los nervios que tenía ya desde pequeño, los miedos tan fuertes que me agarrotaban el estómago y devolvía por la mañana antes de ir al colegio, luego vinieron los suspensos y la depresión... Yo me esforzaba todo lo que podía, pero no me podía concentrar... Yo mismo llegué a crearme medio tonto o tonto entero...”*

*Sí, para la persona que los padece, los trastornos mentales son diferentes del resto de las enfermedades y de los estados emocionales caracterizados por el afecto negativo, relacionados con las dificultades de la existencia humana. Una de las razones es la singularidad de la experiencia subjetiva de cada persona que padece una enfermedad mental, una experiencia “extraña de debilidad y sufrimiento indecible: me siento atrapado, como irreparablemente dañado y sin solución, ...Antes había estado triste, pero era una tristeza normal, esta vez es diferente: es una pesadumbre que no me deja respirar ni hacer nada a gusto”* decía José cuando consultó por depresión mayor.

Otro factor es el fuerte *estigma social internalizado* por las personas que sufren estos padecimientos. El término estigma derivada del griego y del latín *stigma*, con el significado de marca hecha en la piel por cualquier otro procedimiento, como signo de deshonor o mala reputación. Conceptualmente estigma se refiere al conjunto de las actitudes y creencias desfavorables que desacreditan o rechazan a una persona o a un grupo por considerarles diferentes, sea a nivel físico, sexual, racial, etc. que devalúan a las personas. Lo que tiene importantes consecuencias devaluadoras sobre el modo en que los individuos se perciben a sí mismos y son vistos por los demás.

Desde la perspectiva simbólica interaccionista Mead (1934) propone que los objetos en el mundo social (personas y acciones) obtienen su significado a través de la interacción psicosocial. Para este investigador *“el todo (la sociedad) es previo a la parte (el individuo) y no al revés; y la parte es explicada por el todo, no el todo en términos de las partes”*. De forma que el significado de la conducta desviada es continuamente reinterpretado a través de la utilización del lenguaje y los símbolos conformados por significados culturales compartidos. Las autoconcepciones surgen entonces de las percepciones respecto a cómo los otros ven y responden al sujeto enfermo como objeto social. Mead considera el lenguaje como forma principal de interacción simbólica (acción comunicativa) que produce significados socialmente compartidos, que al ser internalizados a través del aprendizaje dan origen al pensamiento (Mead, 1934).

Goffman (1963) define al estigma como *“un atributo que es profundamente desacreditador”* y propone que la persona estigmatizada queda reducida a *“una persona manchada, rebajada”*. Goffman considera centrales los procesos de construcción social y describe al proceso estigmatizador como *“un tipo especial de relación entre un atributo y un estereotipo”* y asevera que el estigma está incrustado en el *“lenguaje de las relaciones sociales”*. En consecuencia, el individuo *“queda inhabilitado para la*

*plena aceptación social*”, le convierte a alguien con connotaciones negativas de descrédito personal. Para Goffman el estigma ocurre a través de una “*carrera moral*”: cuando una persona estigmatizada conoce el punto de vista de la sociedad y obtiene una idea concreta de cómo se ve inexorablemente condenado a cargar con ese estigma negativo. Las personas con enfermedad mental pasan así de un estatus “normal” a uno “desacreditado”, con una identidad personal devaluada que asumen a través de la interacción social. Se trata de un proceso de “reidentificación negativa” con categorías construidas socialmente. Goffman (1963) Goffman diferencia tres tipos posibles de estigmas que una persona puede albergar:

1, una primera se refiere a las personas con enfermedades corporales, tales como deformidades físicas, amputaciones, etc.

2, una segunda clase de estigma corresponde a los diferentes trastornos del comportamiento que se desvían del código de conducta moral asumida en una sociedad. Las reglas morales se reproducen e imponen por medio de la cotidianidad y la rutina de la interacción social en conversaciones informales; es una expectativa normal y a la vez una demanda tácita, no necesariamente consciente. Incluye los siguientes estigmas: las patologías mentales, las adicciones, marcas en el cuerpo que den indicios de que la persona intentó cometer suicidio, historia de condena por algún delito, el desempleo, alcoholismo, etc.

3, un tercer tipo de estigma se refiere a las condiciones de etnia, procedencia, nacionalidad, y por tanto se trasmite por herencia; así, la etnia a la que pertenece una persona puede ser motivo de estigmatización, cuando los imaginarios y representaciones sociales de un grupo mayoritario sobre una minoría están saturados de atributos negativos.

Desde esta misma perspectiva Scheff (1973) describió como la “*actividad social etiquetadora*” de la persona afecta de una enfermedad mental es etiquetada como anormal, lo que condiciona las autopercepciones negativas y la privación de oportunidades sociales positivas. De forma que los estereotipos de la enfermedad mental se aprenden durante la socialización y se refuerzan a diario. Scheff propone que, una vez totalmente inculcado, el papel estereotipado de paciente emerge después como “*estatus principal*” debido a la naturaleza altamente desacreditadora. Las respuestas uniformes de otros (como la exclusión social) bloquea entonces los intentos de retornar a los roles sociales normales. Lo que genera una de las formas más graves de estrés psicosocial por exclusión social que afecta a individuos y a grupos minoritarios y exacerba los trastornos mentales preexistentes.

Un modelo posterior propuesto por Corrigan, Markowitz y Watson (2004) amplía aún más los mecanismos sociales del estigma al describir los determinantes estructurales del estigma del enfermo mental, que surgen de fuentes económicas, políticas e históricas. La discriminación institucional intencional sucede cuando el grupo que toma las decisiones en una institución implementa de manera intencional políticas que disminuyen las oportunidades para un grupo particular. Como sucede con los mal llamados “*ninis*”, porque ni estudian ni trabajan y los emigrantes pobres por la *aporofobia* que denunciara Adela Cortina en su obra: “*Aporofobia, el rechazo al pobre*” (2017).

Un segundo tipo de discriminación estructural ocurre cuando las políticas limitan los derechos de personas con enfermedad mental de maneras no intencionadas. Por ejemplo, las políticas sociales que restringen la atención médica pública para las enfermedades mentales están típicamente motivadas por argumentos respecto a que una mayor cobertura para salud mental provocaría costos prohibitivos de atención médica. Lo que es clave en la discriminación estructural es que la decisión de estigmatizar no sucede en el nivel interpersonal. Más bien, las políticas discriminatorias ejercen sus efectos adversos por la vía de fuerzas mayores y sistémicas.

Estos prejuicios determinan actitudes y comportamientos discriminatorios contra las personas con enfermedad mental, que suelen llegar a estar en situación de desventaja y exclusión social, respecto al acceso a la educación, al trabajo, la vivienda, etc. La interiorización del estigma social como auto-

estigmatización constituye un nuevo factor estresante que agrava la sintomatología y dificulta la reintegración social del enfermo. De hecho, la lucha contra el estigma es una de las prioridades internacionales respecto de la salud mental, como quedó plasmado en el *Libro verde sobre la Salud Mental de la Unión Europea* (2005).

En 2007 el libro de Marino Pérez-Álvarez y Héctor González-Pardo *La invención de los trastornos mentales: ¿escuchamos al fármaco o al paciente?* en Alianza Editorial, levantó una gran polémica al denunciar la psicopatologización de la vida cotidiana, el reduccionismo biologicista y el marketing de la industria farmacéutica, interesados en promover una visión biomédica de los trastornos mentales del ser humano.

Las complejidades del funcionamiento mental y la conducta del ser humano, tanto en los estados de salud como de enfermedad, han llevado a algunos autores a cuestionar el mismo concepto de trastorno mental, como en su día hiciera Thomas Szasz. Así, Adrián Badallo Carbajosa (2012) afirma: “...*porque el trastorno mental es una invención social para explicar una serie de alteraciones que deben ser tratadas por las implicaciones sociales y personales de quienes las padecen*”. Y por si no lo hubiese dejado suficientemente claro insiste después: “*El trastorno mental no es una enfermedad, sino una entidad social que ha permitido diferenciar a lo largo de la historia de la sociedad (...), a un grupo social caracterizado por una serie de dificultades que influían en su mantenimiento en la comunidad. Estas dificultades están por un lado relacionado con lo que actualmente se denominan síntomas. Por otro lado, se encuentran relacionados con dificultades de orden psicosocial*”.

Pero desde mediados del siglo pasado son incontables las investigaciones que evidencian la existencia de diversas alteraciones neurobiológicas objetivas (naturales) en el caso de los diferentes trastornos mentales. Que resultan de la convergencia de factores de salud junto con otros factores psicosociales y ambientales. Además, el hecho de que el trastorno mental no sea exclusivamente una entidad biológica no implica que no sea una enfermedad real, que afecta a la persona en sus 5 dimensiones constitutivas del ser humano: biológica, biográfica, psicológica, socio-cultural y ética o espiritual. Porque los trastornos mentales afectan, en mayor o menor grado, las 5 dimensiones de la persona enferma (Pelegrina Cetrán, 2006; Berrios, 2012; Mingote Adán, Mingote Bernad, 2023).

Resulta dramático saber que muchos trastornos mentales no son diagnosticados ni tratados adecuadamente por diversos motivos. Uno de ellos es el temor a ser estigmatizado como “enfermo mental”. Así, diferentes estudios epidemiológicos concluyen que, a lo largo de su vida, una de cada cuatro personas padecerá algún trastorno mental. Y que, además, en el 10% de los casos será un trastorno mental crónico y grave. Se trata de unos padecimientos muy prevalentes en la población general, aunque estén infradiagnosticados y no tratados adecuadamente por la ignorancia y el estigma social internalizado que dificulta a las personas afectadas buscar los tratamientos actualmente disponibles.

Los enfoques sociológicos obligan a concebir el estigma como un proceso psicosocial con múltiples dimensiones. Uno de los más importantes es que el estigma respecto de la enfermedad mental es uno de los principales factores de riesgo social para el suicidio, ya que dificulta e incluso impide la búsqueda de la ayuda profesional que necesitan las personas que padecen los diversos síntomas, síndromes o trastornos mentales, incluido el trastorno de suicidio. El estigma se considera incrustado en los compromisos interpretativos de los actores sociales que implican significados culturales, estados afectivos, roles y tipos ideales. En este sentido es necesario destacar el temor secular al enfermo mental (mal llamado “*el loco*” o “*la loca*”), que en el imaginario colectivo es considerado presuntamente peligroso y violento.

Una dialéctica social de interpretación y respuesta que asegura que la marginalización se perpetúe, ya que los otros responden a un individuo estigmatizado como a alguien ya agobiado de vergüenza, ambivalencia y estatus social bajo. Además de agravar la experiencia de la enfermedad, el estigma puede intensificar la sensación de que la vida de un individuo es una trampa peligrosa, que

puede definir a un individuo como fracasado y sin solución. Esta identidad es entonces socialmente construida, cuando define quién pertenece a un grupo social particular y si una característica conducirá a una identidad social devaluada en un contexto dado. En este sentido, los profesionales sanitarios debemos asumir la responsabilidad que nos compete como educadores socio-sanitarios, como los profesionales de los medios de comunicación, en lo relativo a las personas que sufren algún trastorno mental.

Como vemos, la conceptualización de la salud y la enfermedad está condicionada por los conocimientos científicos alcanzados en un momento histórico determinado, “*la lex artis Medicae*” y la concepción antropológica del ser humano y de su comportamiento. En relación con el sustrato neurobiológico de los trastornos mentales, sólo recientemente la resonancia magnética funcional en estado de reposo ha permitido investigar la asimetría hemisférica en la conectividad cerebral normal y patológica, y ofrecer información valiosa sobre la integración de redes neuronales funcionales en diversas regiones cerebrales, tanto en los estados de salud como de enfermedad. En concreto, hay evidencias de que el trastorno depresivo mayor es una enfermedad sistémica (que afecta a la persona enferma, tanto a nivel neurobiológico, como biográfico, psicológico, social y ético/moral (Broyd, Demanuele, Debener y cols, 2009).

Afortunadamente, en los últimos años disponemos de numerosos estudios que evidencian la realidad de la denominada *somatosis* de Henry Ey. Sirva solo de ejemplo el reciente el trabajo de Yang, Ye, Yan y cols. (2024), respecto a las alteraciones asimétricas interhemisféricas de la conectividad cerebral en el trastorno depresivo mayor: Uno de los trastornos mentales más extendidos que afectan al 4%-5% de la población mundial, especialmente en las personas entre 15 y 30 años, y compromete su capacidad para estudiar, trabajar y vivir con normalidad, dado que además tiene una alta tasa de mortalidad por suicidio y diversas enfermedades médicas con las que presenta una elevada comorbilidad. Cuando, en realidad, la depresión es una enfermedad (compleja y heterogénea) como otra cualquiera y que nos puede pasar a cualquiera. Además, es una enfermedad tratable con intervenciones psicoterápicas y psicofarmacológicas que han mostrado una buena eficacia terapéutica en ensayos clínicos aleatorizados.

En los últimos años, los avances en la investigación neurobiológica han mejorado la exploración de los circuitos cerebrales, tanto en personas sanas, como en personas con diferentes trastornos mentales. Lo que ha permitido relacionar la presencia de determinadas alteraciones cerebrales y la aparición de trastornos mentales, como la depresión mayor. En concreto se ha evidenciado la relación existente entre la presencia de una característica asimetría interhemisférica y la presencia de alteraciones atencionales, cognitivas y emocionales propias de la depresión mayor (Raimondo, Oliveira, Nikos y cols, 2021).

## 5. CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL

*En la actualidad la Psiquiatría está pudiendo salir de una profunda crisis de identidad, explicable por la complejidad de la conducta y el funcionamiento mental propio del ser humano, tanto en los estados de salud como de enfermedad. Afortunadamente, existen abundantes datos basados en la evidencia que hacen posible atrás “discusiones tribales” o de escuela entre los profesionales sanitarios en el ámbito de la salud mental, y poder confluir hacia una perspectiva multidisciplinar integradora, que permite hacer una asistencia clínica de calidad centrada en la persona.*

El alegato antipsiquiátrico de Thomas Szasz nos determina a revisar el concepto de trastorno mental como objeto de conocimiento científico, libre de intereses económicos espurios y de contaminaciones ideológicas o políticas, como desgraciadamente ha sucedido tantas veces a lo largo de la historia hasta la actualidad.

Para empezar, es necesario reconocer la provisionalidad y los límites del conocimiento que en cada momento histórico proporcionan los distintos métodos de conocimiento en el ámbito de la salud

mental. Campo primero dividido entre neurólogos y psiquiatras, como dos especialidades médicas diferentes. Los neurólogos se ocupan de las enfermedades provocadas por lesiones cerebrales identificables, mientras que los psiquiatras se ocupan de los problemas en los que no es posible identificarlas. Aunque los indudables avances en el conocimiento de los factores neurobiológicos y psicosociales que codeterminan la conducta y el funcionamiento mental del ser humano, normal y patológico, ha permitido derribar esas primeras barreras a favor de la investigación interdisciplinaria y de la atención integrada por equipos multidisciplinares y capaces de trabajar de forma coordinada. Porque, una cosa es la necesaria superespecialización científico-técnica que hace posible el avance en los conocimientos, y otra cosa diferente es “*el lastimoso desmembramiento del arte de sanar*” que denunciara Vesalio en el Renacimiento.

Y como consecuencia, la progresiva fragmentación asistencial, como se muestra en la arquitectura de la mayoría de hospitales generales, que parecen unos verdaderos laberintos, en los que todos nos hemos podido perder tantas veces. Salvo elocuentes excepciones, la estructura de los hospitales generales es un reflejo de la complejidad estructural del cuerpo humano. Que además se han construido para solucionar enfermedades agudas por procedimientos médicos o quirúrgicos especializados, pero no para patologías complejas y crónicas, como las enfermedades que predominan actualmente en los países desarrollados.

En nuestro país, la reforma psiquiátrica de los años 80 del siglo pasada, impulsada por ministro de Sanidad Ernest Lluch, hizo posible la desestacionalización de las personas con trastornos mentales graves e hizo posible la atención integral a estas personas en los hospitales generales.

*Un trastorno mental se caracteriza por ser una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones y el comportamiento que daña la salud de un individuo. Que, por lo general, va asociado a sufrimiento grave (angustia vital, depresión, etc.), a discapacidad funcional en los diferentes ámbitos de la vida y a un daño significativo de su salud personal. Hay diversos tipos diferentes de trastornos mentales, pero todos ellos son enfermedades complejas y de etiología heterogénea y multifactorial, que se producen por diferentes interacciones entre factores sociales, psicológicos y biológicos, con una gran variabilidad interindividual. Pero, esto es como no decir nada, salvo que no hay enfermedades, sino enfermos. Porque cada uno de ellos es un caso único. Este tipo de definiciones son difíciles de comprender, incluso para los propios profesionales de la salud mental y, sobre todo, no son operativas para aplicarlas en la práctica clínica. Por lo que vamos a recurrir a un ejemplo sencillo capaz de expresar la complejidad de la conducta y el funcionamiento mental del ser humano, tanto en los estados de salud como de enfermedad:*

*Recordaréis que el granito es una combinación relativamente variable de cuarzo, feldespato y mica, que se formó como consecuencia de la actividad volcánica, en el periodo Precámbrico, hace unos 4.000 millones de años, cuando la Tierra se enfriaba y se separaba en capas sólidas, líquidas y gaseosas. Además, hay varios tipos de granitos, como varios tipos de trastornos mentales. Como la depresión, de la que más nos ocuparemos en este artículo. Es decir, que habría que hablar de depresiones, porque no todas son iguales, ni se tratan de la misma manera. Aunque todas las depresiones son trastornos en los que destaca la alteración patológica del estado de ánimo (enfermedad de tristeza mortal), déficits cognitivos que dificultan el aprendizaje, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones adaptativas (saludables) y se daña la salud personal. De igual modo el granito se compone (en proporción variable) de cuarzo (20-60% de la roca); feldespato alcalino (ortoclase, microclina, albita rica en sodio; 35-90% de todos los feldespatos); biotita; también puede aparecer; moscovita, horblenda, más raramente augita, además granate, andalucita, silimanita, y cordierita.*

La gran variabilidad porcentual de los diferentes componentes del granito explica sus diferentes propiedades y que haya tantos tipos de granito utilizables para la construcción y la decoración. En sentido figurado, cada persona puede representarse como una obra en construcción/destrucción/reconstrucción permanente, desde la concepción hasta la muerte. Aunque muchas personas confunden una estación de

paso con la meta final. Pero algunas obras vivas pueden llegar a ser incluso un monumento patrimonio mundial de la humanidad, como las obras de Antonio Gaudí, Pablo Picasso o la madre Teresa de Calcuta. Pero también obras monstruosas, como las de tantos “Neptunos” y “Herodes” que, endiosados y envidiosos de los jóvenes, han devorado a tantos hijos ajenos a lo largo de la historia del ser humano y más o menos inhumano, con diferentes pretextos pretendidamente justificatorios. El resultado depende de la calidad de la programación genética y de la reprogramación epigenética continua, por el efecto de los incontables factores ambientales que asimilamos, aunque también somos sujetos activos que modificamos el entorno de forma más o menos creativa o destructiva.

Expresiones que hacen referencia al ámbito de los significados culturales y de los valores morales dominantes en un determinado grupo social. Está en juego la hegemonía de la Ley del más Fuerte (el cacique tribal<sup>9</sup> o la Ley del más Débil (las niñas y los niños no nacidos, los pobres de tantas pobreza, etc.). Así, por ejemplo, la violencia de género y el abuso sexual de menores (casi todas niñas) ha sido la forma más generalizada de maltrato personal a lo ancho y largo de la historia. Sin embargo, no ha sido hasta el siglo XX que se ha producido la llamada Revolución Sutil o Revolución Femenina, que ha destapado esta lacra social secular. Abuso sexual que, como en todos los casos de abuso, la víctima es tratada como objeto parcial, incluso como objeto inanimado o fetiche), no como un sujeto de derechos y de una dignidad intrínseca. De forma que la persona no es respetada como sujeto activo competente en la toma autónoma, libre y responsable de decisiones personales. Aunque el hecho ocurra sin violencia o sin marcas físicas evidentes, sí se considera un abuso sexual, dado que el/la niño/a y el/la adolescente están supeditados a una dependencia forzosa respecto del otro, el que detenta el poder.

En el mismo sentido, el Construccinismo Social nació y se estableció en el campo académico norteamericano, comenzando en la década de 1970, cuando el Conductismo y sus presupuestos ontológicos y metodológicos se veían refutados. Gergen en 1973 fue uno de los cuestionadores con su crítica historicista a la psicología social en sus obras *Social Psychology as History* (1973) y *The Social Constructionist Movement in Modern Psychology* (1985), las cuales se han constituido como los marcos iniciales del Construccinismo Social. El autor considera que el esfuerzo para construir leyes generales para el comportamiento humano es equivocado y adopta una postura relativista. De esta forma, define al construccionismo social como un movimiento, un intento de disolver el objeto tradicional de la psicología, sustituyendo la realidad de la mente y del comportamiento, por convenciones y recursos lingüísticos con una reflexión histórica y contextual como centro de la actividad en la psicología. Para Gergen (1985,) "*el construccionismo social concibe el discurso sobre el mundo no como un reflejo o un mapa del mundo, sino como un producto de la interacción social*". Aportaciones valiosas que no deben tampoco negar el peso de los factores neuro-endocrino-inmunológicos en la construcción de la compleja identidad y de la conducta del ser humano.

En efecto, cada uno de nosotros somos herederos de una riquísima historia filogenética que ha sido puesta a prueba a lo largo de la criba selectiva de la evolución, como de forma pionera propuso Charles Darwin en sus diferentes trabajos. Sí, Darwin se preguntaba también por el lugar que ocupa el ser humano en el Árbol de la Vida y escribió sus conclusiones en *La descendencia del hombre y la selección en relación con el sexo* (1871). En los primeros capítulos Darwin defiende que el hombre comparte con los mamíferos y en particular con los primates, un conjunto de atributos anatómicos y funcionales como resultado de sus estudios de anatomía comparada, fisiología y embriología. En esta obra Darwin estaba especialmente interesado en mostrar las continuidades evolutivas que observaba en la conducta y el lenguaje en los animales y los seres humanos. Aunque finalmente reconoció que el rasgo más distintivo de la mente humana era su conciencia moral: "*Comparto enteramente la opinión de los autores que admiten que, de todas las diferencias existentes entre el hombre y los animales más inferiores, la más importante es el sentido moral o la conciencia [—el deber].*" (Darwin, 1858).

Porque solo las personas somos capaces de hacernos incontables preguntas, como de tratar de responderlas. Como sobre el sentido de nuestra vida: ¿tiene un fin, objetivo o propósito intencional? Este tipo de preguntas nos introducen en el ámbito de la reflexión filosófica, de la Ética y la Moral, como

encarnan las cinco grandes religiones. Todas ellas son proyectos de vida humanizadores, es decir, proclaman la existencia de un solo Dios creador del Universo, a la vez que reivindican la dignidad intrínseca de todos los seres humanos, desde su concepción hasta su muerte natural, sin excepción alguna, como desarrollan Don Pedro Gómez Bosque y algunos de sus discípulos en *Reivindicación del Alma. Espíritu y Convivencia Universal* (2014).

Por cierto, religión es un término derivado del latín *religio, re y ligare*, en el sentido de que tratan de reunir a los seres humanos entre sí como miembros de una misma familia (la familia humana universal) y como hijos del mismo Creador. Seres capaces del conocimiento del bien y del mal, es decir, *Homo ethicus*, que inevitablemente estarán en conflicto con el *Homo economicus* que habita en todos nosotros. Desde las neurociencias se considera posible “*la reconsolidación de la memoria emocional implícita*” cuando la memoria reactivada es contrapuesta con un conocimiento racional y realista actual que modifica la memoria original a través mecanismos de neuroplasticidad y durante un marco temporal de alrededor de cinco horas a partir de la reactivación de la memoria. Cuando termina este tiempo el engrama se vuelve a consolidar, lo cual hace imposible la introducción de cualquier cambio (Phelps y Schiller, 2013).

Desde el 2005, Ecker se ha dedicado a explicar el fenómeno de la efectividad de la autodenominada “*terapia de coherencia*” mediante el proceso de reconsolidación de la memoria e integrar la neurociencia y la psicoterapia con el objetivo de crear un marco teórico que permita el desempeño de una terapia efectiva independientemente de un modelo teórico concreto. En tres artículos publicados entre 2007 y 2009 en la revista de psicología constructivista (*Journal of Constructivist Psychology*) y en el libro *Reconsolidación de la memoria: desbloqueo del cerebro emocional para la erradicación de los síntomas en psicoterapia (Unlocking the emotional brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation)*, en 2012, Ecker y sus colaboradores describen las implicaciones de los avances en neurociencia para la psicoterapia y argumentan que el constructivismo es el paradigma adecuado para introducir estos avances en la práctica clínica (Ecker y Hulley, 1996; Ecker y Toomey, 2008; Ecker, Ticic y Hulley, 2012, Ecker, 2013). Siguiendo con otra metáfora comprensiva, cada ser humano puede representarse como un constructor de un inmenso puzzle, heterogéneo y multifacetado, compuesto por millones de piezas vivas, que además están en interacción continua a lo largo del tiempo y solo conocemos de modo parcial.

*Claro que, a pesar de saber de nuestras limitaciones y de la parcialidad de nuestros conocimientos, lo que tenemos delante es la demanda de la persona enferma, a la que tenemos el deber de acompañar, escuchar con respeto y ayudar a recuperar su salud en la medida de lo posible, siguiendo los principios deontológicos y la Bioética moderna (Sánchez González, 2021): autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, tanto respecto de uno mismo como de los demás.*

También sabemos que entender las maneras en que los genes y la experiencia actúan de forma concertada para modular el riesgo de depresión a lo largo de la vida, será clave para orientar los esfuerzos para prevenirla y tratarla. En la actualidad, se sabe que hay numerosos factores de riesgo ambientales para la depresión, como la pobreza, el maltrato infantil (especialmente en los 5 primeros años de vida), las relaciones familiares conflictivas, así como otros eventos vitales estresantes de un modo general. Y aunque el riesgo de depresión es elevado en el periodo posterior inmediato a estas adversidades ambientales, los efectos de la adversidad pueden persistir a lo largo de la vida. De hecho, estos factores de riesgo ambientales duplican al menos el riesgo de padecer diversos trastornos mentales de inicio en la juventud y en la edad adulta (Dunn, Wang, Perlis, 2020).

De igual modo, está claro que los factores genéticos confieren un riesgo para la depresión y otros trastornos mentales. De hecho, tras 15 años de estudios de asociación genómica se han identificado más de 100 regiones en el genoma que están asociadas con el riesgo de padecer depresión mayor, complementadas con una evidencia creciente que respalda el peso del riesgo ambiental, sobre todo en relación con los efectos adversos en etapas tempranas de la vida. En la actualidad, los métodos para

utilizar con mayor eficacia los datos de variantes frecuentes (como mediante escalas de riesgo poligénico) y para investigar las interacciones genético X ambientales, son algunas de las áreas de trabajo más intenso (Dunn, Wang, Perlis, 2020). Además, recientemente se conocen mejor los mecanismos epigenéticos a través de los cuales los factores estresantes intervienen en la patogenia del trastorno depresivo mayor y de otros trastornos mentales (Wang, Dada, Bani-Fatemi y cols., 2020).

Las enfermedades médicas son también entidades complejas, pero tienen una etiología específica (como el bacilo de la tuberculosis) y una patogenia objetivable, una sintomatología clínica característica y un tratamiento específico; mientras que los trastornos mentales son patologías hipercomplejas, de etiología multifactorial y heterogénea, sin unos marcadores diagnósticos identificables unívocos. Lo que tenemos delante los diferentes profesionales sanitarios son personas que sufren y a las que debemos tratar de ayudar de forma integrada y en el seno de relaciones terapéuticas y no yatrógenas. Porque sabemos que los trastornos mentales son padecimientos personales, es decir, que afectan a las 5 dimensiones constitutivas de cada ser humano: biológica, biográfica, psicológica, sociocultural y ética/moral (Pelegrina Cetrán, 2006; Mingote Adán, Mingote Bernad, 2023).

También sabemos que la exposición y mala gestión de acontecimientos vitales estresantes, como el bajo nivel económico-social, la falta de apoyo familiar, laboral y socio-sanitario afecta no solo a la salud mental, sino que median también en otros muchos problemas de salud, como enfermedades cardio y cerebrovasculares, enfermedades metabólicas y cáncer. De igual modo se conocen también las alteraciones neurobiológicas que median en estas patologías sistémicas, como la disfunción de la red autonómica central, neuroinflamación crónica, neurodegeneración, pérdida de la plasticidad neural, de la neuroprotección y de la resiliencia celular. Sin que sea fácil separar los procesos neurobiológicos, la conducta y el funcionamiento mental (Singhal, Baune, Franzcp, 2020; Harris, Pichardo, Franklin y cols., 2025). Lo que ejemplifica la continuidad psico-neuro-endocrino-inmunológica, tanto en los estados de salud como de enfermedad, que recientemente es un importante ámbito de estudio de la Psiconeuroendocrinoinmunología (Bottaccioli y Bottacchioli, 2019). Estos resultados muestran la continuidad entre las enfermedades corporales y los trastornos mentales, así como la unidad y la continuidad psico-somática en la vida del ser humano.

Germán Berrios (2012) lo dice de una forma magistral: los seres humanos somos animales híbridos de naturaleza, cultura e historia, con un numerador singular y un denominador común, propio de nuestra especie. Lo que requiere el estudio de métodos híbridos de conocimiento, tanto de las ciencias cuantitativas, incluida la inteligencia artificial, y métodos cualitativos, como la fenomenología, para incluir la experiencia subjetiva del paciente como agente responsable del cuidado de su propia salud.

Los recientes avances neurobiológicos hacen posible objetivar la mayoría de los fenómenos mentales como señales cerebrales que al penetrar en la conciencia se experimentan como proto-experiencias vitales que deben configurarse como objetos mentales para que puedan hacerse conscientes y comunicables a través de las palabras. Berrios defiende una aproximación centrífuga, surgida del mismo corazón de la psiquiatría, que conceptúa los problemas desde dentro y elabore un metalenguaje específico para analizarlos y describirlos de forma apropiada.

No todos los problemas que la psiquiatría debe analizar son del mismo tipo. Para aquellos extrínsecos a la psiquiatría (como la definición de lo mental, la relación mente-cuerpo, la distinción entre causas y razones o la reducción interdisciplinar), pueden compartirse los métodos comunes a la filosofía de la ciencia y de la mente. Sin embargo, otras cuestiones intrínsecas a la propia disciplina (qué son los síntomas mentales y cómo se generan, cómo explicar la heterogeneidad de éstos, qué es un trastorno mental, cómo diagnosticarlo y clasificarlo) no pueden ser solventadas con soluciones preestablecidas y precisan de nuevas y originales propuestas que tengan en cuenta la naturaleza de la psiquiatría y de su objeto de estudio.



El profesor Germán Berrios (2012) ha propuesto el Modelo de Cambridge de desarrollo mental (sano o patológico), según el cual las funciones mentales y las experiencias subjetivas surgen de estructuras o circuitos neurobiológicos según funcionen adecuada o incorrectamente. Circuitos que se construyen de una u otra forma en los primeros años de vida por interacción de factores genéticos y ambientales, a través de mecanismos epigenéticos. Para enfatizar la naturaleza prelingüística, preconceptual e incipiente y apremiante de estas experiencias neurobiológicas y conductuales tempranas, Berrios las denomina la “sopa primordial” que nos constituye a cada uno de nosotros. La información corriente que entra se configurará fácilmente en términos de patrones emocionales y cognitivos que constituyen nuestra identidad personal y nuestras visiones del mundo.

Sin embargo, no hay patrones adecuados para configurar la naturaleza desconocida y nueva de la sopa primordial. Este hecho también significa que cuando un síntoma mental finalmente se verbaliza ya no es la señal cerebral original: para entonces ya ha ganado una estructura semántica con capas como si de una cebolla se tratara. Esta es la manera en la cual se construyen los objetos híbridos de naturaleza y cultura personal. Para poder ser estudiados científicamente, los fenómenos mentales tienen que asociarse con variables indirectas, es decir, con conceptos reducibles a números que puedan entonces representarlos en estudios correlacionales. Las correlaciones son tan buenas como el poder representativo de las variables indirectas. Parece que los objetos psiquiátricos se relacionan de manera diferente con sus variables indirectas. Dado que estos son sistemas físicos por sí mismos, las variables indirectas son mejores representando objetos físicos. No es así con los objetos abstractos debido a las dificultades encontradas en las ciencias humanas para identificar variables indirectas adecuadas. Los objetos híbridos tienen un componente biológico y otro psicológico.

Los objetos físicos existen como resultado de una cadena evolutiva causal. Su existencia se explica, por lo tanto, en términos de cualquier teoría aceptada para explicar la evolución. Sin embargo, los objetos abstractos tienen un origen diferente, que es el resultado de la actividad mental de una persona. Lo que significa que entender, y no explicar, puede ser el mejor método para acceder a ellos epistemológicamente. Los objetos híbridos son accesibles tanto a través de la explicación de procesos biológicos como del entendimiento de los fenómenos mentales, que habrá que aplicar de modo específico para los síntomas mentales concretos que experimenta una determinada persona.

Los trastornos mentales son síndromes clínicos complejos y heterogéneos que no pueden conceptualizarse de forma lineal-simple como resultado directo de un factor etiológico único, sino que resultan de la interacción de numerosos factores intervinientes, tanto sean factores de riesgo o de protección, de tipo biológico, psicológico y social. Estas diferencias con las enfermedades médicas han llevado a sustituir el término enfermedad mental por el más modesto de trastorno mental, entendido como objeto de estudio híbrido (Berrios, 2012) de estudio empírico objetivo y de comprensión racional subjetiva. De hecho, hay personas que se sienten enfermas sin que durante mucho tiempo haya sido posible objetivar alteraciones orgánicas específicas, mientras que otras personas que padecen un trastorno mental grave no tienen conciencia de enfermedad (anosognosia), lo que se explica por distintos mecanismos neurobiológicos y psicológicos inconscientes, que además no son mutuamente excluyentes. En el primer caso, el de las aparentes enfermedades “sin base orgánica identificable” en un momento concreto de la historia, por las limitaciones del conocimiento científico, y se habla provisionalmente de *somatizaciones* en un sentido amplio.

David Mechanic (1962) describió la conducta del rol de enfermo, que siempre ocurre dentro de un determinado contexto sociocultural, lo que permite la definición de un rol social específico que pueden ocupar los individuos durante un período de enfermedad. Este rol de enfermo se acompaña de obligaciones y privilegios prescritos. Quienes buscan ser admitidos en el rol de enfermo están obligados a aceptar que estar enfermo es indeseable, a expresar su deseo de recuperar un estado de salud y a cooperar con las recomendaciones de un profesional de la salud cualificado para hacerlo.

Los privilegios del rol de enfermo comprenden el alivio de las responsabilidades sociales típicas y el reconocimiento de que recuperar la salud no puede lograrse mediante un simple acto de voluntad personal. Estas obligaciones y privilegios constituyen un aspecto clave de la actividad del profesional médico, ya que al legitimar la enfermedad proporciona legitimidad al rol de enfermo de esa persona. De todas maneras, aunque los síntomas pueden compartir objetivamente características bastante similares, Mechanic sostiene que existe una variabilidad interindividual sustancial en la forma en que las personas perciben, interpretan y, por lo tanto, responden a los síntomas. Lo que depende de factores como el historial de enfermedades pasadas, la sensibilidad a la información médica, la competencia de afrontamiento y las interpretaciones sociales de la enfermedad, que pueden reflejarse en el comportamiento de enfermedad. Variabilidad en el comportamiento de enfermedad que puede deberse a procesos somáticos subyacentes, así como a factores psicológicos y socioculturales.

No obstante, en los últimos años se han evidenciado diversas alteraciones neuro-endocrino-inmunológicas que explican la conducta del rol de enfermo: como falta de energía, astenia persistente, debilidad y dolorimiento difuso, dificultades de concentración y memoria, febrícula y malestar general (como ahora sucede en el llamado COVID persistente y antes en la fatiga crónica y en la fibromialgia), que en la actualidad se explican por:

- una elevada activación de citocinas proinflamatorias en el caso de la conducta de enfermedad (interferón gamma, interleucina 1, interleucina 6, factor de necrosis tumoral alfa, etc.),
- varias alteraciones bioquímicas (como hipocortisolismo),
- así como diversas alteraciones a nivel cerebral (en las cortezas prefrontales, parietales y temporales, en interacción con estructuras subcorticales) identificables con modernas técnicas de neuroimagen y en el laboratorio.

Antes de conocer todas estas alteraciones objetivas que explican la patogenia de este síndrome de malestar general, se calificaría de “conducta anormal de enfermedad” (*abnormal sickness behavior*), por carecer de base orgánica conocida. Y, en consecuencia, caía sobre el desdichado paciente la sospecha de ser un simulador (por el beneficio primario que supuestamente le proporcionaría la enfermedad) o de ser un rentista (por los beneficios secundarios que proporciona el hecho ser admitido oficialmente como enfermo). Esta conducta se caracteriza por la presencia de falta de energía y elevada fatigabilidad, dificultad o incapacidad para experimentar placer, anorexia y adelgazamiento, la llamada “niebla mental”, enlentecimiento psicomotor, alteraciones del sueño y un incremento en la sensibilidad al dolor. Todo lo cual determina la conducta de búsqueda de ayuda profesional (Dantzer, 2001).

En el caso opuesto, hay un elevado porcentaje de personas en la población general que tienen patologías mentales graves, pero que no tienen conciencia de enfermedad: fenómeno psicopatológico conocido como *anosognosia*, en el que existe una dificultad para la introspección y la toma de conciencia de la enfermedad que se padece, aunque se puede experimentar en distintas formas y grados. El término “anosognosia” proviene del griego y está formada por la conjunción del prefijo *a* (no, o sin), *nosos* (enfermedad) y *gnosis* (conocimiento), o sea: “sin conocimiento de enfermedad”. La anosognosia es un síntoma que puede aparecer en diferentes patologías neurobiológicas y trastornos mentales, como en las personas con trastornos de personalidad y adicciones, que pueden llegar a suponer más del 10% en la población general. Como es el caso de las personas con patologías narcisistas y psicopáticas, que no sufren, pero hacen sufrir a los demás. Estas patologías se relacionan con una alteración de la corteza prefrontal, la parte más desarrollada del cerebro en el ser humano sano; así como con déficits primarios o secundarios de mentalización, como por déficits nutricionales y educativos que generan hábitos desadaptativos egosintónicos y la persona acumula una serie de sesgos cognitivos caracterizados por la omnipotencia narcisista y la autoreferencialidad autocomplaciente: como sucede en los trastornos narcisistas de personalidad.

En definitiva, el desarrollo individual depende de unas buenas condiciones ambientales de crianza, convivencia, educación y estabilidad social, las cuales hacen posible un desarrollo personal saludable.

Una forma parcial de anosognosia, la *anosodiaforia*, se caracteriza por la actitud de embotamiento o indiferencia emocional hacia los propios problemas de salud física y mental. Estos se reconocen cognitivamente, pero la persona afectada no les da la importancia que realmente tiene, y tampoco a la causa que lo provoca. Esta alteración neuropsicológica se explica por la existencia de un daño cerebral hemisférico derecho en las áreas somatosensoriales de la corteza (S1-S2), en la ínsula y sus interconexiones. En el ámbito de la salud mental, la falta de conciencia de enfermedad es el síntoma más prevalente en los pacientes afectados de diversos trastornos mentales graves, como las esquizofrenias, los trastornos graves de personalidad y la dependencia de sustancias adictivas. Además, algunas de estas patologías graves predominan en los hombres, como el trastorno narcisista de personalidad y la psicopatía, patologías que raramente son diagnosticadas, salvo en el ámbito judicial y penal, debido a que estas personas no suelen buscar ayuda profesional de forma espontánea.

En cualquier caso, es necesario diferenciar los estados mentales normales de los patológicos, como la ansiedad y la tristeza normal de otras diferentes formas de estados mentales patológicos. Para ello se van a tener en cuenta varios criterios que permiten valorar la salud mental de una persona de forma válida y fiable:

1, Criterios fenomenológicos referidos a la experiencia subjetiva, como son la cualidad, intensidad y duración de los estados mentales, así como su posible responsividad a estímulos desencadenantes objetivos. Factores que condicionan que la experiencia mental sea o no sea psicológicamente comprensible por la persona afectada y/o por otros.

2, Criterios funcionales adaptativos con sentido intencional, como su relación con la satisfacción/frustración de necesidades vitales al servicio de la autopreservación, como son las necesidades de aprendizaje y adaptación a la realidad (interna y externa), la integridad, la salud y la seguridad personal. Según estos criterios, se distinguen los estados mentales relacionados con el esfuerzo adaptativo de los estados mentales que expresan una claudicación o fracaso adaptativo.

3, Criterios estructurales, según que sean psicológicamente egosintónicos o sean fenómenos distónicos (extraños) respecto de la personalidad y hábitos de conducta coherentes con la propia identidad. Lo cual indica que en su etiopatogenia pueden estar implicados factores biológicos que los expliquen por procesos orgánicos o mecanismos inconscientes de defensa de tipo patológico, como los de tipo disociativo y postraumático. La complejidad constitutiva de la conducta y la identidad del ser humano hace que los estados mentales puedan ser psicológicamente en parte comprensibles y fisiológicamente explicables.

4, Criterios relacionales, en cuanto a la comunicación interpersonal, la convivencia y la cooperación social, en relación con los criterios éticos y los valores socioculturales asumidos, según los principios de la Bioética moderna (Sánchez González, 2021): autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, tanto respecto de uno mismo como de los demás. Que coincide con la Regla de Oro de la Humanidad, La Regla de Oro de la Humanidad, con diversas formulaciones, se encuentra proclamada en diversas civilizaciones, religiones y culturas. Pese a esta gran relevancia, no ha merecido, salvo excepciones, un especial interés para la reflexión académica, pese a ser el denominador moral común de las 7 religiones: confucionista, judía, cristiana, islámica, jaimista, budista e hinduista. Y en la Declaración para una ética mundial aprobada por el Parlamento de las Religiones del Mundo en Chicago en 1993, se afirma:

*“Existe un principio que se ha encontrado y ha persistido en muchas religiones y tradiciones éticas de la humanidad por miles de años: Lo que no quieres que te hagan, no lo hagas a los demás. O*

*en términos positivos: Lo que deseo que me hagan, hazlo a los demás. Esto debe ser una norma irrevocable, incondicional para todas las áreas de la vida, para familias y comunidades, para razas, naciones y religiones.”* Tomado de Sullivan y Kymlicka, 2007).

Por su parte, Oscar Pérez de la Fuente (2017) revisa la Regla de Oro a partir de algunos debates que ésta ha originado sobre su estructura y funciones y constata, a partir de algunos casos controvertidos, su viabilidad como fundamento transcultural para la resolución de conflictos sociales.

5, criterios objetivos basados en la evidencia científico-técnica, según los recientes estudios en el ámbito de las neurociencias que, como los signos clínicos y los hallazgos exploratorios, proporcionan una base neurobiológica, tanto a los estados mentales sanos como a los patológicos, de los que se mostrarán algunos ejemplos a lo largo de este trabajo. En todas sus formas, los diferentes estados mentales resultan de la interacción de factores fisiológicos, cognitivo-afectivos y conductuales, que se combinan de forma variable en cada caso individual. De hecho, los trastornos mentales suelen coexistir con otras numerosas enfermedades médicas, lo que exige hacer un trabajo de diagnóstico diferencial minucioso y, a veces difícil. Como en el caso de enfermedades que afectan directa o indirectamente al sistema nervioso central, como en el caso del Parkinson o después de haber sufrido un ictus cerebral.

La dificultad para diferenciar la salud de la enfermedad mental explica que las diferentes clasificaciones de los trastornos mentales son, a la vez, un éxito y un fracaso relativo, con poca utilidad para el paciente individual, dada *“la naturaleza híbrida de los objetos psiquiátricos y al hecho de que estos últimos requieren ordenamientos que deben ser creativamente basados en el papel desempeñado por sus consideraciones culturales, es decir, por las razones, símbolos, significados y decisiones morales que se sabe que participan en la formación de síntomas y trastornos mentales”* (Berrios, 1996, 2011; Berrios y Hodges, 2003). Berrios insiste en que los fenómenos mentales, sanos y patológicos, son *objetos híbridos*, constituidos por una amalgama especial de señales biológicas y de configuradores personales, familiares, sociales y culturales. Esto es, que los contenidos mentales no son objetos naturales orgánicos, explicables desde las ciencias de la Naturaleza, sino que su naturaleza está marcada por la especial configuración que realizan las personas que afrontan la compleja experiencia de vivir cada día por involucración de poderosas fuerzas cognitivas, emocionales y volitivas.

Los sujetos híbridos, como somos cada uno de nosotros, tienen un componente biológico y otro semántico, histórico y cultural, con una gran variabilidad interindividual. Tanta variabilidad manifiesta que se creía que existían diferentes razas humanas, aunque ahora sabemos que todos formamos parte una única especie de presuntos *Homo sapiens*. Tal hecho nos permite definirnos a cada uno de nosotros como un número quebrado que consta de un numerador singular y un común denominador propio de nuestra especie. Cada uno de nosotros somos seres únicos, a la vez iguales y diferentes, miembros de la *“rama dorada”* del Árbol de la Vida.

Sí, los trastornos mentales son muy frecuentes, no son *“enfermedades raras”*, sino relativamente frecuentes, aunque con una probabilidad variable. Así, por ejemplo, las mujeres presentan un doble riesgo de experimentar trastornos de ansiedad y depresión que los hombres, mientras que estos tienen mayor riesgo de adicciones y de varios trastornos de personalidad, por los que no suelen pedir ayuda hasta que ya es demasiado tarde. Porque demasiadas personas tienden a minimizar e ignorar sus problemas psicológicos o psiquiátricos, y con sus comportamientos disfuncionales generan hábitos desadaptativos, para después llegar a estar atrapados por sus malestares. En estos casos es prioritario la escucha activa de estas personas, para comprender su punto de vista y expresarle comprensión de modo empático, y utilizar estrategias motivacionales efectivas en cada caso. A veces, la emergencia de una *“crisis existencial”* provocada por un trastorno mental o por una enfermedad grave, pueden suponer una buena oportunidad de *“rescate personal”*, si estas personas encuentran el adecuado apoyo familiar y profesional. En todos los casos es prioritario acompañar a la persona enferma respetando los criterios bioéticos fundamentales.

## 6. ENTONCES ¿TODOS PODEMOS PADECER UNA ENFERMEDAD MENTAL?

*Por supuesto que sí. Pero a unas personas con mayor probabilidad que a otras y de formas muy diferentes: así, por ejemplo, en prácticamente todos los estudios poblacionales las mujeres tienen un doble riesgo de deprimirse que los hombres a partir de la adolescencia. En la segunda parte de este trabajo abordaremos esta cuestión con más detalle.*

Además, aunque los trastornos depresivos pueden aparecer en cualquier momento de la vida, su inicio tiene lugar con mayor frecuencia en la adolescencia y la juventud. Sí, en la flor de la vida, aunque los primeros episodios puedan ser de menor duración e intensidad. De hecho, hasta los años 1970 estaba muy extendida la creencia errónea de que la depresión no se daba entre los niños. Fue a partir de los trabajos pioneros del psiquiatra Michael Rutter y colaboradores en la isla de Wight, en los que se detectó un 1% de sintomatología depresiva y un 0,1% de síndrome depresivo severo en niños de 10 años. Este mismo equipo concluyó 5 años después que la depresión era mucho más prevalente en la adolescencia, sobre todo en las chicas (Rutter, Izard, Read, 1986).

Sí, la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes que afectan a los niños y los adolescentes, que si no se tratan de modo efectivo tienden a agravarse y complicarse a lo largo del tiempo y tienen secuelas a largo plazo, como el suicidio.

El trastorno depresivo mayor (a partir de ahora depresión), es una enfermedad debilitante, es decir, que la persona que la padece se siente verdaderamente enferma (no es “un cuento”, ni se trata de una simulación), que se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente deprimido o irritable, pérdida de energía, de motivaciones vitales y de capacidad para experimentar placer, junto con síntomas cognitivos y somáticos asociados, que producen un deterioro funcional significativo en el ejercicio de las actividades cotidianas, como en la escuela o en el trabajo, de más de 2 semanas de duración. Es decir, que estos síntomas deben representar un cambio en el funcionamiento previo y producir un deterioro significativo en las relaciones y en el desempeño de las actividades cotidianas. Además, los síntomas no deben ser atribuibles únicamente al abuso de sustancias, el uso de medicamentos, otras enfermedades psiquiátricas, a un estado de duelo o una enfermedad médica, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- 5, 2014) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2022) de la Organización Mundial de la Salud.

Además, existe la evidencia de que los diferentes trastornos mentales dañan en mayor o menor medida la salud biológica de la persona afectada, según su tiempo de evolución y la efectividad del tratamiento realizado. Así, se ha demostrado que la depresión no bien diagnosticada y tratada adecuadamente acelera los procesos de envejecimiento biológico a través de mecanismos epigenéticos. Aceleración del envejecimiento biológico relacionado con la edad que puede evaluarse a través del estudio de la metilación del ADN (ADNm).

Como demostraron Liu, Wang, Hui y cols (2022) en una subcohorte del Registro de gemelos de la era de Vietnam en un total de 291 gemelos que participaron al inicio y 177 en la visita de seguimiento después de una media de 11, 7 años, con 111 participantes con muestras de ADN para ambos puntos temporales. Se trató de un sólido estudio de casos y controles de co-gemelos para examinar si la sintomatología depresiva, medida con el inventario de depresión de Beck (BDI-II), está asociada con la aceleración de la edad del ADNm después de tener en cuenta los posibles factores de confusión y las características del entorno familiar. Se calcularon seis medidas de la aceleración de la edad del ADNm en cada punto de tiempo, incluida la aceleración de la edad del ADNm de Horvath (HorvathAA), la aceleración de la edad epigenética intrínseca (IEAA), la aceleración de la edad del ADNm de Hannum (HannumAA), la aceleración de la edad epigenética extrínseca (EEAA), la aceleración de GrimAge (GrimAA), y aceleración PhenoAge (PhenoAA), con un modelo de efectos mixtos para evaluar la asociación dentro del par de gemelos entre la depresión y la aceleración de la edad del ADNm. Resultó que, al inicio del estudio, una puntuación total BDI-II 10 unidades más alta se asoció con HannumAA

(0, 73 años, con un intervalo de confianza del 95 % [IC] 0, 13–1, 33,  $p = 0, 019$ ) y EEAA (0, 94 años, IC del 95 % 0, 22–1, 66,  $p = 0, 012$ ). En el seguimiento, la puntuación BDI-II 10 unidades más alta se asoció con PhenoAA (1, 32 años, IC del 95 %: 0, 18–2, 47,  $p = 0, 027$ ). Los autores identificaron que la depresión está asociada con niveles más altos de aceleración de la edad del ADNm (Liu, Wang, Hui y cols, 2022).

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Avenevoli S, Swendsen J, He JP y cols. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2015 Jan;54(1):37-44 e2, 2015.
- Badallo Carbajosa A. Estigma y Salud Mental. Grupo 5, Madrid, 2012.
- Berrios G E. Hacia una nueva epistemología en Psiquiatría. Polemos, Argentina, 2012.
- Bottaccioli AG y Bottacchioli F. Psiconeuroendocrinoinmunología y ciencia del tratamiento integrado. Edra, Zaragoza, 2019.
- Broyd S J, Demanuele C, Debener S y cols. Default-mode brain dysfunction in mental disorders: a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioural Review* 33, 279-296, 2009.
- Cicchetti D, Cohen DJ. (Eds.) *Developmental Psychopathology: Theory and Method*. John Wiley & Sons, Inc., 2006.
- Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin* 30(3):481-491, 2004.
- Dantzer R. Interacciones neuroinmunitarias y trastornos cerebrales, en Tomás Palomo, Richard Beninger, Miguel A Jiménez-Arriero, Trevor Archer (Eds.). *Trastornos afectivos*. Fundación Cerebro y Mente. Ed. Síntesis, 1999
- Dunn EC, Gilman SE, Slopen N y cols. The impact of exposure to interpersonal violence on gender differences in adolescent-onset major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29, 392-399, 2012.
- Dunn EC, Wang MJ, Perlis RH. Resumen de las actualizaciones recientes sobre los determinantes genéticos de la depresión, en *Trastorno depresivo mayor*, Roger S MacIntyre (Ed.), Elsevier, 2020.
- Ecker B. Nonspecific common factors theory meets memory reconsolidation: A game-changing encounter? *The Neuropsychotherapist*, 2, 134-137, 2013.
- Ecker B y Hulley L. *Depth-Oriented brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
- Ecker B. y Hulley L. *Coherence therapy manual and training guide*. Oakland: Coherence Psychology Institute, 2011.
- Ecker B y Toomey B. Depotentiation of symptom-producing implicit memory in Coherence Therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 21(87), 87-150, 2008. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530701853685> [ Links ]
- Ecker B, Ticic R y Hulley L. *Unlocking the emotional brain*. New York: Routledge, 2012.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K y col. Burden of consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373, 68-81, 2009.
- Goffman E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, 1963.
- Grossberg A, Rice T. Depression and Suicidal Behavior in Adolescents. *Medicas Clinics of North America* 107(1):169-182, 2023.
- Harris AR, Pichardo CM, Franklin J y cols. Multilevel stressors and systemic and tumor immunity in black and white women with breast cancer. *JAMA Network Open*. 3 Feb 2025;8(2): e2459754.
- Jia H, Zack M, Thomson W y cols. Impact of depression on quality-adjusted life expectancy (QALE) directly as well as indirectly through suicide. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology* 50, 939-949, 2015.
- Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety* 7, 3-14, 1998.

- Kessler R, Aguilar S, Alonso J y cols. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiology of Psychiatry and Sociology* 18(1): 23-33, 2009.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 16(9):606-613, 2001.
- MacMillan HL, Fleming JE, Trocmé N and col. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA*. 1997 jul 9;278(2):131-5. PMID: 9214528.
- MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse and Neglect* 27, 1397-1408, 2003
- McGrath J, Al-Hamzawi A., Alonso J y cols. Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *The Lancet Psychiatry*, 10(9), 668-681, 2023.
- Mead GH. *Mind, Self and Society*. Chicago Press, 1934.
- Mechanic D. The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Disease* 15, 2, 189-194, 1962.
- Mingote Adán JC, del Pino Cuadrado P, Gálvez Herrer M, Gutiérrez García MD, Sánchez Alaejos R. Utilidad preventiva del constructo trastorno mental grave en el ámbito sociosanitario. *Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo* 56, 221, 306-322, 2010.
- Mingote Adán JC, Mingote Bernad B. La identidad del ser humano y más o menos inhumano. Algunas paradojas del presunto homo sapiens. *Encuentros multidisciplinares* 25, 73, 2023.
- Páez D. *Salud mental y factores psicosociales*. Fundamentos, Madrid, 1986.
- Pelegrina Cetrán H. *Fundamentos Antropológicos de Psicopatología*. Polifemo, 2006.
- Pérez de la Fuente O. Un análisis de la regla de oro como un enfoque intercultural para la resolución de conflictos. *Universitas* 26, 68-98, 2017.
- Phelps EA y Schiller D. Reconsolidation in humans. En C. M. Alberini (Ed.), *Memory Reconsolidation*. New York: Academic Press, 2013.
- Raimondo L, Oliveira Í, Nikos J y cols. Advances in resting state fMRI acquisitions for functional connectomics. *NeuroImage* 243, 118503, 2021. ISSN 1053-8119, <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.118503>.
- Rutter M, Izard J, Read H. *Depression in young people*. Guilford Press, New York, 1986.
- Sánchez González M A. *Bioética en Ciencias de la Salud*, 2ª ed. Elsevier, 2021.
- Scheff Th. *El rol de enfermo mental*. Amorrortu, 1973.
- Silverman MM, Eicher A y Williams GD. Self-reported stress: Findings from the 1985 National Health Interview Survey. *Public Health Reports* 102, 47-53, 1987.
- Singhal G, Baune BT. Anomalías inflamatorias en el trastorno depresivo mayor, en *Trastorno depresivo mayor*, Roger S MacIntyre (Ed.), Elsevier, 2020.
- Sullivan W, Kymlicka W (eds.). *Declaration towards a global ethic*, Endorsed by the Parliament of the World Religions in Chicago, September, 1993. *The Globalization of ethics*. Cambridge University Press, 2007, p. 238.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*; 9, 3, 455-471, 1996.
- Wang KZ, Dada OO, Bani-Fatemi A y cols. Epigenética del trastorno depresivo mayor, en *Trastorno depresivo mayor*, Roger S MacIntyre (Ed.), Elsevier, 2020.