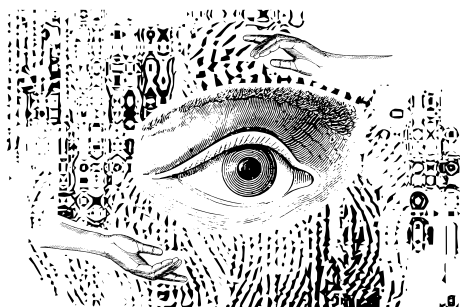


CUIDAR EN LA ERA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Una reflexión sobre la salud mental y la vulnerabilidad
humana en tiempos de transformación



Begoña Polonio López



Ediciones de la Universidad
de Castilla-La Mancha

**CUIDAR EN LA ERA DE LA
INTELIGENCIA ARTIFICIAL:
UNA REFLEXIÓN SOBRE LA SALUD
MENTAL Y LA VULNERABILIDAD HUMANA
EN TIEMPOS DE TRANSFORMACIÓN**



Universidad de
Castilla~La Mancha

Acceda al texto completo online en el siguiente enlace:



Begoña Polonio López

**CUIDAR EN LA ERA DE LA
INTELIGENCIA ARTIFICIAL:
UNA REFLEXIÓN SOBRE LA SALUD
MENTAL Y LA VULNERABILIDAD HUMANA
EN TIEMPOS DE TRANSFORMACIÓN**

Lección inaugural del solemne acto de apertura del Curso Académico
2026/2027 de la Universidad de Castilla-La Mancha

Salón de Actos Vicente Ferrer

Talavera de la Reina, septiembre de 2026



Ediciones de la Universidad
de Castilla-La Mancha

Cuenca, 2026

UBH YPJ6

© de los textos: su autora, 2026.

© de la edición: Universidad de Castilla-La Mancha, 2026.

Edita: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2026.

Colección Ediciones Institucionales, núm. 158.

Diseño de la sobrecubierta: CIDI - UCLM.



UNIÓN DE
EDITORIALES
UNIVERSITARIAS
ESPAÑOLAS

Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

ISBN: 978-84-9044-813-7 (Edición impresa)

ISBN: 978-84-9044-825-0 (Edición electrónica)

ISSN-L: 2952-3621

ISNI: 0000000506819532 (Ediciones UCLM)

DOI: https://doi.org/10.18239/ins_2026_158.00

D.L. CU 192-2026

Imprime: Gráficas Izquierdo.

Este libro está publicado en Acceso Abierto (ruta diamante) en el Repositorio Institucional RUIdeRA, handle: <https://hdl.handle.net/10578/49494>



Esta obra se encuentra bajo una licencia internacional Creative Commons CC BY NC SA 4.0. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra no incluida en la licencia Creative Commons CC BY NC SA 4.0. solo puede ser realizada con la autorización expresa de los titulares, salvo excepción prevista por la ley. Puede Vd. acceder al texto completo de la licencia en este enlace: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Hecho en España (U.E.) - *Made in Spain (U.E.)*.

Índice

Permítanme comenzar con una pregunta	9
La salud mental: una herida invisible de nuestro tiempo	12
Todos somos vulnerables	16
La universidad como lugar de conocimiento, de exigencia y de cuidado	18
Inteligencia artificial y salud mental	23
Riesgos psicológicos en la era de la inteligencia artificial	28
Un modelo ético de integración	32
Una cultura universitaria de salud mental	35
Volver a la pregunta inicial	37
Referencias	41
Tablas	44

Cuidar en la era de la inteligencia artificial: una reflexión sobre la salud mental y la vulnerabilidad humana en tiempos de transformación

Begoña Polonio López

*Catedrática de Terapia Ocupacional
Facultad de Ciencias de la Salud de Talavera*

Permítanme comenzar con una pregunta

¿Cuántas personas de las que hoy estamos aquí, en algún momento de nuestra vida, hemos experimentado una angustia persistente, una tristeza difícil de explicar, la sensación de que algo se quebraba por dentro mientras, hacia fuera, todo parecía seguir igual? ¿Cuántos hemos sentido el peso de la soledad, del miedo o de la incertidumbre? ¿Cuántos hemos necesitado ayuda para sostener nuestra salud mental o la necesitaremos en algún momento?

No les pido que respondan. Les invito únicamente a detenerse un instante en esta pregunta.

Porque su verdadero valor no reside en la respuesta individual, sino en aquello que revela cuando la formulamos colectivamente: la salud mental no es un problema de unos pocos, ni una realidad ajena

que afecte únicamente a quienes reciben un diagnóstico. Es una dimensión esencial de la condición humana. Nos acompaña a todos, aunque no siempre se manifieste de la misma manera. Nos interpela a quienes hoy nos sentimos bien y a quienes atraviesan un momento difícil; a estudiantes, profesores, investigadores, profesionales y familias. Nos recuerda que la vulnerabilidad no entiende de edades, profesiones ni trayectorias vitales.

Esa es, precisamente, una de las convicciones que quisiera compartir hoy en esta lección inaugural. **Todos somos vulnerables.** Y reconocer esa vulnerabilidad no nos hace más débiles. Nos hace más conscientes de nuestra humanidad y, por ello, más capaces de comprender el sufrimiento ajeno, de asumir responsabilidades compartidas y de construir una sociedad más justa y más cuidadora.

Reflexionar sobre la vulnerabilidad humana resulta especialmente necesario en un momento como el que vivimos. Nos encontramos en una época de transformaciones aceleradas, en la que la inteligencia artificial está modificando profundamente nuestra manera de aprender, de trabajar, de investigar, de comunicarnos e, incluso, de tomar decisiones. Nunca habíamos dispuesto de herramientas tecnológicas con una capacidad semejante para ampliar nuestras posibilidades. Y, sin embargo, al mismo tiempo que celebramos estos avances, asistimos también a una creciente preocupación por nuestra salud mental,

especialmente entre los jóvenes, y a una demanda cada vez mayor de apoyo psicológico y social en nuestras comunidades.

Estas dos realidades —la explosión de la inteligencia artificial y la crisis de la salud mental— suelen abordarse por separado. Hoy quisiera proponerles que las contemplemos juntas. No porque una explique a la otra, sino porque ambas nos obligan a responder a una misma pregunta: **¿qué significa cuidar de las personas en una época en la que las máquinas son capaces de hacer cada vez más cosas que hasta hace poco considerábamos exclusivamente humanas?**

Responder a esta pregunta exige mirar más allá de la tecnología. Exige reflexionar sobre qué entendemos por bienestar, por dignidad, por autonomía, por participación y por cuidado. Implica recordar que el progreso no puede medirse únicamente por la sofisticación de nuestras herramientas, sino también por nuestra capacidad para ponerlas al servicio de las personas.

Y quisiera hacerlo, además, desde una mirada concreta, la de una disciplina que ha construido su identidad precisamente alrededor de esa idea. La Terapia Ocupacional nos ha enseñado que la salud mental no depende únicamente de la ausencia de síntomas ni se agota en un diagnóstico clínico. Se expresa, sobre todo, en la posibilidad de vivir una vida con sentido, de participar en la comunidad, de mantener vínculos significativos, de desempeñar

ocupaciones que nos identifican, de ejercer nuestros derechos, de cuidar y ser cuidados y, en definitiva, de encontrar un lugar propio desde el que construir un proyecto de vida.

Por eso, la cuestión que hoy deseo plantear no es simplemente qué puede aportar la inteligencia artificial a la salud mental. La pregunta es mucho más profunda. ¿Seremos capaces de aprovechar el extraordinario potencial de la inteligencia artificial sin perder aquello que nos hace verdaderamente humanos? ¿Podremos construir una sociedad tecnológicamente más avanzada y, al mismo tiempo, más comprometida con el cuidado, con la dignidad y con la participación de las personas, especialmente de aquellas que viven situaciones de mayor vulnerabilidad?

Creo que estas son grandes cuestiones de nuestro tiempo. Y me gustaría que esta lección inaugural fuera, ante todo, una invitación a pensarlas juntos.

La salud mental: una herida invisible de nuestro tiempo

Hay épocas históricas que quedan definidas por los avances que las impulsan. Otras, por las crisis que las interpelan. La nuestra reúne ambas circunstan-

cias. Vivimos un tiempo de extraordinario desarrollo científico y tecnológico, pero también un tiempo en el que el sufrimiento psíquico ha adquirido una visibilidad sin precedentes.

Durante décadas, la salud mental permaneció en un segundo plano. El sufrimiento emocional se ocultaba con frecuencia tras el silencio, el estigma o la falsa convicción de que pedir ayuda era un signo de debilidad. Muchas personas aprendieron a convivir con la ansiedad, la tristeza, el agotamiento o la desesperanza, sin encontrar palabras para nombrar lo que les ocurría, ni espacios seguros donde expresar ese malestar. Hoy sabemos que esa mirada era profundamente insuficiente.

La salud mental no constituye un aspecto accesorio del bienestar ni un problema reservado a quienes reciben un diagnóstico clínico. Es una dimensión esencial de la vida humana. Condiciona nuestra capacidad para aprender, para trabajar, establecer relaciones, tomar decisiones o afrontar la adversidad. Influye en la manera en que habitamos nuestro tiempo, organizamos nuestras rutinas, desempeñamos nuestros roles y encontramos significado en nuestras ocupaciones cotidianas. Por ello, cuidar la salud mental no significa únicamente prevenir o tratar enfermedades. Significa también crear las condiciones que permiten a las personas desarrollar una vida plena, participar activamente

en la sociedad y mantener vínculos que sostengan su bienestar a lo largo del ciclo vital.

Las cifras son suficientemente elocuentes para afirmar que la salud mental constituye uno de los grandes desafíos sanitarios, sociales y educativos del siglo XXI. Sin embargo, su verdadero significado no reside únicamente en la magnitud estadística del problema, sino en aquello que representan.

[En la tabla 1 podemos ver algunos datos que muestran la magnitud de este desafío]

Detrás de cada cifra hay una historia personal.

Una estudiante que interrumpe sus estudios porque la ansiedad ha dejado de ser compatible con su vida cotidiana. Un investigador que pierde la motivación para continuar un proyecto que había construido durante años. Una persona mayor cuya soledad acaba erosionando su autonomía. Una familia que intenta comprender un sufrimiento que no siempre encuentra explicación. Un profesional que acompaña procesos complejos sabiendo que, muchas veces, los avances son lentos y las incertidumbres inevitables.

La pandemia por COVID-19 hizo visible esta fragilidad colectiva con una intensidad desconocida hasta entonces. No inventó la vulnerabilidad humana, pero sí puso de manifiesto hasta qué punto nuestra salud mental depende de factores que, con frecuencia, damos por supuestos: la estabilidad de

las rutinas, la calidad de los vínculos, la seguridad económica, la cercanía de otras personas o la expectativa de un futuro previsible. Cuando esas condiciones desaparecen, no solo aumentan los síntomas psicológicos; también se altera profundamente la vida cotidiana.

Y aquí conviene detenerse en una idea especialmente relevante. Con demasiada frecuencia seguimos describiendo la salud mental únicamente en términos de síntomas, diagnósticos o tratamientos. Sin embargo, el verdadero impacto del sufrimiento psíquico suele hacerse visible mucho antes en aquello que las personas dejan de poder hacer, que en aquello que los profesionales llegamos a diagnosticar. Una depresión no afecta únicamente al estado de ánimo. Puede impedir que la persona se levante de la cama, mantenga su empleo, cuide de sus hijos, disfrute del ocio, sostenga amistades o encuentre el sentido en actividades que antes resultaban valiosas. La ansiedad no altera solo el pensamiento; modifica la participación social, limita la autonomía y estrecha progresivamente el mundo cotidiano de quien la padece.

Por eso, comprender la salud mental exige ampliar nuestra mirada. No basta con saber qué síntomas presenta una persona. Debemos preguntarnos también qué oportunidades ha perdido, qué espacios ha dejado de habitar, qué ocupaciones significativas ha abandonado, qué relaciones se han

debilitado y qué apoyos necesita para recuperar no solo la estabilidad clínica, sino también una vida que vuelva a dar sentido a su existencia.

Todos somos vulnerables

Hablar de salud mental obliga también a reconocer una realidad que durante mucho tiempo hemos preferido mantener a cierta distancia: **la vulnerabilidad psíquica forma parte de la condición humana.**

Los problemas de salud mental no respetan fronteras de edad, formación, profesión o reconocimiento social. Pueden afectar al estudiante que parece desenvolverse con seguridad y vive, sin embargo, paralizado por una ansiedad que nadie percibe; a la investigadora brillante que ha perdido progresivamente la motivación; al profesor entregado; al profesional competente que sostiene a los demás mientras siente que él mismo comienza a desmoronarse; al niño que todavía no dispone de palabras para explicar lo que siente; al adulto que afronta la precariedad, la incertidumbre o la pérdida; y a la persona mayor cuyo mundo se ha ido reduciendo por la soledad, la enfermedad o el deterioro de su autonomía. A cualquiera de nosotros, en cualquier momento.

Reconocer esta vulnerabilidad no significa patologizar la existencia. No toda tristeza es una depresión, ni toda preocupación constituye un trastorno de ansiedad. La vida contiene inevitablemente duelo, incertidumbre, cansancio, miedo y frustración. Pero tampoco debemos caer en el error contrario: banalizar el sufrimiento, trivializar síntomas persistentes o atribuir a una falta de voluntad aquello que requiere comprensión, apoyo o tratamiento. La salud mental depende de un equilibrio dinámico en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales, económicos, culturales y ocupacionales. Un equilibrio que, a veces, se mantiene y en otras ocasiones, se rompe. Cuando esto sucede, necesitar ayuda no debería vivirse como una derrota.

Esta reflexión adquiere una especial relevancia durante la juventud. Construir la identidad, iniciar una trayectoria profesional, establecer nuevos vínculos y tomar decisiones sobre el futuro son procesos profundamente estimulantes, pero también pueden generar incertidumbre y fragilidad. La hiperconectividad que caracteriza a nuestros jóvenes, no siempre protege frente a la soledad, la abundancia de opciones no elimina el miedo a equivocarse y la cultura del rendimiento puede convertir cualquier dificultad en una vivencia de insuficiencia personal.

Por eso, reconocer la fragilidad humana implica que cada uno sufrimos de manera distinta y disponemos de recursos diferentes para afrontar las difi-

cultades. La vulnerabilidad es compartida, pero sus consecuencias se distribuyen de manera desigual. Quienes cuentan con vínculos sólidos, estabilidad económica, acceso a servicios, oportunidades de participación y entornos comprensivos tienen mayores posibilidades de recuperación. Quienes carecen de ellos se enfrentan, además de al sufrimiento, a barreras que pueden intensificarlo y prolongarlo. Aceptar esto debería conducirnos no solo a una mayor comprensión individual, sino también a una responsabilidad colectiva: crear comunidades e instituciones donde pedir ayuda sea posible, donde el sufrimiento no tenga que ocultarse y donde ninguna persona sea reducida a aquello que le ocurre. Solo siendo conscientes de esta vulnerabilidad humana, podemos plantearnos cómo debe cambiar nuestra forma de enseñar, acompañar, evaluar y convivir.

La universidad como lugar de conocimiento, de exigencia y de cuidado

La universidad representa una de las grandes conquistas de nuestra cultura. Es el lugar donde una sociedad decide preservar el conocimiento, someterlo a crítica, ampliarlo mediante la investigación y transmitirlo a quienes asumirán responsabilidades profesionales y ciudadanas. Es también una promesa

de libertad intelectual, movilidad social, innovación y progreso compartido.

Pero la **universidad no es únicamente una institución del conocimiento. Es una comunidad humana**, y, como tal, está atravesada por la incertidumbre, la presión, el conflicto, el cansancio y la vulnerabilidad. Quien inicia sus estudios universitarios debe adaptarse a nuevas exigencias académicas y, con frecuencia, a cambios profundos en su vida cotidiana. Quien investiga trabaja bajo la presión de plazos, convocatorias, publicaciones, acreditaciones e indicadores. Quien enseña sostiene la responsabilidad de formar a otros, mientras responde a otras demandas académicas y profesionales. Quienes desarrollan tareas de gestión, administración y servicios hacen posible el funcionamiento de una organización extraordinariamente compleja, muchas veces mediante un trabajo que es invisible para los demás. En cualquiera de estos ámbitos pueden aparecer la autoexigencia extrema, el miedo al fracaso, la comparación permanente, la sensación de insuficiencia, el aislamiento o el agotamiento emocional. La universidad puede ser una etapa de expansión y descubrimiento, pero también un espacio de intensa vulnerabilidad. Ambas realidades pueden coexistir incluso en una misma persona.

La evidencia confirma la relevancia de esta cuestión. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la salud mental de los estudiantes

universitarios, realizado en 19 universidades de ocho países, estimó que aproximadamente uno de cada tres había presentado un trastorno mental en los doce meses anteriores, siendo especialmente frecuentes la ansiedad, la depresión y los problemas relacionados con el consumo de sustancias (Auerbach et al., 2018). UNESCO IESALC ha advertido igualmente de que, en algunos países, hasta la mitad de los estudiantes de educación superior refieren problemas de salud mental y alrededor de uno de cada cinco presenta depresión, aunque las estimaciones varían según los contextos, los instrumentos empleados y la definición de caso utilizada (UNESCO IESALC, 2024).

En España, estudios recientes describen también una percepción preocupante del bienestar emocional juvenil, vinculada no solo a factores individuales, sino a la precariedad laboral, la inseguridad económica, la falta de expectativas, la soledad y la incertidumbre sobre el futuro (Ayuda en Acción, 2026). Estos datos nos recuerdan que el sufrimiento psíquico de los jóvenes no puede interpretarse únicamente como una dificultad para adaptarse. Con frecuencia expresa también tensiones sociales que desbordan la capacidad individual de respuesta.

Por ello, una universidad excelente no debería analizar únicamente cuánto conocimiento produce o con qué eficacia forma a sus estudiantes. Debe preguntarse también qué condiciones ofrece para que las personas puedan aprender, investigar y trabajar sin

que la exigencia se convierta en deterioro. Porque la excelencia académica y el cuidado de la salud mental no son objetivos incompatibles. Al contrario, se necesitan mutuamente. No existe verdadera calidad universitaria cuando el rendimiento se sostiene a costa del bienestar de quienes hacen posible la institución. Tampoco existe auténtica inclusión cuando pedir ayuda se vive como un signo de debilidad o cuando las dificultades psicológicas se interpretan como una falta de capacidad o compromiso.

Cuidar no significa rebajar la exigencia, eliminar la responsabilidad personal ni evitar toda frustración. Una universidad debe exigir esfuerzo, rigor, perseverancia y compromiso. Pero la exigencia educativa pierde su sentido cuando deja de contribuir al crecimiento y se convierte en una fuente permanente de miedo, ansiedad o exclusión. Educar exige saber diferenciar entre el desafío que impulsa y la presión que paraliza; entre la evaluación que orienta y la que reduce a la persona a un resultado; entre acompañar en una dificultad y sustituir la responsabilidad de quien debe afrontarla.

La Universidad de Castilla-La Mancha, consciente de este desafío, ha fortalecido sus servicios de orientación y atención psicológica. El aumento de la demanda, especialmente entre el estudiante, por problemas relacionados con la ansiedad, el estado de ánimo y la adaptación, confirma que no estamos ante una cuestión periférica, sino ante

una necesidad institucional creciente. Disponer de servicios accesibles es esencial, pero no suficiente. La salud mental universitaria no depende únicamente de una unidad especializada; se construye también en las aulas, en los equipos de investigación, en las relaciones laborales, en los sistemas de evaluación, en la calidad de los vínculos entre los miembros de la comunidad universitaria y en la manera en que respondemos cuando alguien atraviesa una dificultad.

Pero la universidad tiene todavía una segunda responsabilidad. No solo debe cuidar a quienes la habitan; debe formar profesionales capaces de cuidar a otras personas. Quienes hoy se forman en nuestras aulas trabajarán mañana en hospitales, centros de salud, colegios, empresas, servicios sociales, residencias, asociaciones, comunidades y domicilios. Allí encontrarán a personas que atraviesan situaciones de enfermedad, de discapacidad, dependencia, exclusión, crisis o sufrimiento psíquico. Para responder adecuadamente a sus demandas necesitarán conocimientos técnicos y capacidad de intervención, pero también juicio ético, sensibilidad, capacidad de escucha, trabajo en equipo y respeto por la autodeterminación de quienes reciben el apoyo.

Y esta idea es especialmente decisiva en salud mental, donde cuidar no significa únicamente contener una crisis o aplicar correctamente un tratamiento, sino acompañar procesos largos, complejos y a veces inciertos para que la persona pueda recuperar

su autonomía, sus roles ocupacionales, sus rutinas diarias, sus vínculos significativos y un proyecto de vida con sentido. Por ello, una universidad que forma profesionales para trabajar con personas vulnerables debe enseñar a evaluar, diagnosticar e intervenir cuando sea necesario, pero también a no reducir nunca a nadie a su diagnóstico, a comprender que cuidar no es ejercer paternalismo y a reconocer que ayudar no autoriza a decidir por otros.

Este modelo de formación y de cuidado adquiere una nueva dimensión en el contexto de la transformación tecnológica que estamos viviendo. La rápida irrupción de la inteligencia artificial obliga a replantearnos cómo integrar herramientas con una enorme capacidad analítica sin renunciar a los principios éticos y humanos que sustentan la práctica profesional.

Inteligencia artificial y salud mental

Durante décadas imaginamos la inteligencia artificial como una promesa lejana, casi propia de la ciencia ficción. Hoy ha dejado de ser una posibilidad para convertirse en una presencia cotidiana. Está en los teléfonos móviles, en los motores de búsqueda, en las plataformas educativas, en los sistemas sanitarios, en la investigación científica, en la administración pública y, cada vez con mayor

frecuencia, en las decisiones que condicionan nuestra vida diaria. La utilizamos para redactar documentos, traducir textos, analizar grandes volúmenes de información, planificar tareas, generar imágenes, responder preguntas o identificar patrones que resultarían prácticamente invisibles para el análisis humano. En apenas unos años ha pasado de ser una tecnología reservada a especialistas a convertirse en una herramienta accesible para millones de personas.

Este rápido cambio explica tanto el entusiasmo como la incertidumbre que hoy suscita. Con frecuencia el debate público oscila entre dos posiciones igualmente simplificadoras. Una contempla la inteligencia artificial como una solución casi universal para los grandes problemas contemporáneos. La otra la presenta como una amenaza inevitable para el empleo, la creatividad o incluso para la propia humanidad. Pero ambas perspectivas son insuficientes. Las tecnologías nunca son moralmente neutras, pero tampoco determinan por sí mismas el rumbo de una sociedad. Son las personas quienes deciden cómo diseñarlas, cómo utilizarlas y al servicio de qué valores ponerlas. Por eso, la pregunta verdaderamente importante no es si la inteligencia artificial transformará la salud mental. Esa transformación ya está ocurriendo. La cuestión decisiva es otra más exigente: ¿qué tipo de cuidado queremos construir con ayuda de esta tecnología? Responder a esta pregunta exige abandonar tanto el entusiasmo

ingenuo como el rechazo indiscriminado. Ninguna innovación merece ser aceptada únicamente porque sea nueva. Pero tampoco debería descartarse cuando ofrece posibilidades reales para aliviar el sufrimiento humano.

La **inteligencia artificial abre oportunidades extraordinarias para la investigación y la práctica profesional**. Los algoritmos de aprendizaje automático ya permiten analizar enormes volúmenes de datos clínicos e identificar patrones difíciles de reconocer mediante procedimientos convencionales. En neuroimagen se han desarrollado modelos capaces de detectar alteraciones compatibles con enfermedades neurodegenerativas años antes de la aparición de los primeros síntomas. El procesamiento automático del lenguaje permite identificar cambios en el habla o en la escritura asociados a depresión, esquizofrenia o deterioro cognitivo. En rehabilitación, la combinación de inteligencia artificial, robótica y realidad virtual está ampliando las posibilidades terapéuticas en personas con daño cerebral, trastornos degenerativos o problemas de salud mental. Los dispositivos portátiles (*wearables*) facilitan un seguimiento continuo del sueño, la actividad física o determinadas variables fisiológicas que pueden alertar precozmente de una descompensación clínica.

También resulta especialmente prometedora su **capacidad para democratizar el acceso a determinados recursos**. En contextos donde existen listas

de espera prolongadas, escasez de profesionales o importantes desigualdades territoriales, determinadas aplicaciones basadas en inteligencia artificial pueden facilitar orientación inicial, psicoeducación, seguimiento estructurado o monitorización de síntomas. Utilizadas con prudencia y supervisión profesional, estas herramientas pueden contribuir a ampliar el acceso a servicios que, de otro modo, permanecerían fuera del alcance de muchas personas.

Negar estos avances sería tan poco riguroso como ignorar la evidencia científica que los respalda. Pero precisamente porque las posibilidades son enormes, también lo son las responsabilidades. La historia de la tecnología nos recuerda que toda innovación modifica mucho más que las herramientas de las que disponemos. Modifica también nuestras expectativas, nuestras formas de relacionarnos y, con frecuencia, nuestra propia idea de lo que significa ser humano. La inteligencia artificial no constituye una excepción.

Cuando una persona que atraviesa un momento de sufrimiento decide consultar antes a un *chatbot* que a un profesional, cuando un estudiante busca apoyo emocional en una aplicación porque le resulta más fácil hablar con un algoritmo que con otra persona o cuando un sistema automatizado comienza a influir en decisiones clínicas que afectan a la vida de alguien, cuando una conversación terapéutica se sustituye por una interacción diseñada para simular empatía, la cuestión deja de ser exclusivamente

tecnológica para convertirse en una cuestión profundamente humana. Porque cuidar nunca ha consistido únicamente en proporcionar información correcta. Cuidar implica asumir responsabilidad, reconocer la singularidad de quien tenemos delante, comprender que cada biografía es irrepetible y que el sufrimiento no puede reducirse a un conjunto de datos, por precisos que estos sean.

En Terapia Ocupacional hablamos desde hace décadas del uso terapéutico del yo como uno de los instrumentos fundamentales de la intervención profesional. La evidencia muestra que la relación terapéutica constituye uno de los factores que más contribuyen al cambio clínico, independientemente del modelo específico de intervención (Nugent, Hancock y Honey, 2017). La confianza, la escucha, la autenticidad, la capacidad para sostener la incertidumbre y construir una alianza terapéutica no son elementos accesorios del tratamiento; forman parte de la propia intervención.

Precisamente por ello, el verdadero debate sobre la inteligencia artificial no consiste en decidir si debemos utilizarla o no. Esa discusión pertenece ya al pasado. El desafío consiste en determinar qué aspectos del cuidado pueden beneficiarse de la automatización y cuáles deberían seguir perteneciendo, irrenunciablemente, al encuentro entre personas. Esta distinción resulta especialmente importante en salud mental. Un algoritmo puede detectar patrones

de riesgo, organizar información clínica, sugerir hipótesis, facilitar el acceso a recursos o, incluso, mantener conversaciones sorprendentemente fluidas. Pero ninguna de estas capacidades equivale, por sí sola, al acto de cuidar, porque el cuidado no es únicamente una función; es una relación que implica responsabilidad moral, reciprocidad, confianza y reconocimiento mutuo.

Riesgos psicológicos en la era de la inteligencia artificial

Junto a estas posibilidades, hay riesgos que no debemos minimizar. La inteligencia artificial puede transformar la atención a la salud mental y, por ello, resulta imprescindible analizar también sus límites y sus riesgos. No se trata de adoptar una actitud de desconfianza hacia la tecnología, sino de recordar que cuanto mayor es su capacidad para influir en la vida de las personas, mayor debe ser también nuestra responsabilidad ética.

La literatura científica coincide en que los riesgos asociados al uso de la inteligencia artificial en salud mental no son únicamente técnicos; afectan a valores profundamente humanos como la autonomía, la dignidad, la privacidad, la confianza y la equidad (Gooding, van Kolfschooten y Centola, 2024). Comprender estos riesgos en sus distintos niveles

(individual, colectivo y social) y preguntarnos qué debería hacer la inteligencia artificial y bajo qué condiciones, es un ejercicio imprescindible en el ámbito de su aplicación en salud mental.

El **primer nivel de riesgo** es **la seguridad clínica**. Los sistemas de inteligencia artificial pueden generar errores diagnósticos o recomendaciones inadecuadas cuando se entrenan con datos falsos, incompletos o sesgados. Los falsos positivos y falsos negativos pueden tener consecuencias especialmente graves en ámbitos como la evaluación del riesgo suicida o la detección precoz de trastornos mentales. Además, la complejidad de la experiencia humana se manifiesta de manera única en cada persona, moldeada por experiencias subjetivas, contextos culturales, historias personales y factores ambientales que son difíciles (cuando no imposibles) de traducir a modelos computacionales. Estos matices dificultan una interpretación precisa y un apoyo fiable, especialmente en incidentes críticos, por lo que su uso sanitario exige supervisión, transparencia y una evaluación rigurosa (World Health Organization, 2024).

Otro riesgo concierne a **la privacidad**. La atención a la salud mental maneja una de las informaciones más sensibles que puede existir. La recopilación masiva de datos, el riesgo de filtraciones y el posible intercambio de información con terceros puede comprometer la confianza de las personas y desincentivar la búsqueda de ayuda.

Todo esto nos lleva a un tercer riesgo individual: la **falta de consentimiento informado**. Muchas personas desconocen cómo funciona plenamente un sistema de inteligencia artificial, qué información recopila o con qué finalidad se utiliza. Sin transparencia y explicabilidad resulta difícil hablar de un consentimiento verdaderamente libre e informado.

El **segundo nivel de riesgo** ya no afecta solo a personas individuales, sino a grupos y a la calidad misma de la asistencia. Los sesgos en los datos no solo se perpetúan, sino que se amplifican. Un sistema de inteligencia artificial puede **escalar una desigualdad** mucho más rápido que cualquier profesional individual, ya que aprende de los datos con los que ha sido entrenado y, si esos datos reflejan desigualdades sociales o infrarrepresentan determinados grupos de población, los algoritmos pueden reproducir e incluso amplificar esas inequidades, generando diagnósticos menos precisos, contenido que refuerce el estigma o decisiones discriminatorias.

Junto a esto aparece la **despersonalización del cuidado**. Cuando una interacción con un sistema de inteligencia artificial sustituye la relación terapéutica, algo esencial se pierde. Aunque los sistemas conversacionales sean capaces de simular empatía, carecen de experiencia emocional y de auténtica comprensión humana. Existe el riesgo de sustituir el encuentro terapéutico por interacciones automatizadas, debilitando precisamente aquello que constituye uno

de los principales factores terapéuticos: la relación humana en la que se construye una alianza basada en la confianza mutua, en la que se sostiene la complejidad de una biografía y en la que se acompaña el sufrimiento sin juzgar a la persona.

El **tercer nivel de riesgo** afecta a la distribución de los recursos, a la organización de los servicios y a la idea de salud mental que una sociedad decide adoptar. La **vigilancia** constituye uno de estos riesgos. El fenotipado digital (el uso de datos de smartphones y dispositivos *wearables* para identificar patrones de comportamiento asociados a estados mentales) introduce una monitorización continua que puede resultar profundamente intrusiva. La frontera entre cuidado y control se vuelve difusa. Y la normalización de esta vigilancia tecnológica en salud mental puede extenderse a otros ámbitos de la vida cotidiana.

Existe también el riesgo de **reforzar una visión individualista de la salud mental**. La inteligencia artificial tiende a focalizar en el individuo: sus datos, sus patrones, sus comportamientos, sus respuestas. Pero muchos determinantes de la salud mental no son individuales. Son estructurales: la falta de vivienda, el desempleo, la pobreza, la violencia, el aislamiento social, la inseguridad económica. Una visión excesivamente tecnológica puede invisibilizar los determinantes sociales del bienestar y desplazar la atención desde las personas hacia los datos.

Finalmente, está el riesgo de **desviar recursos limitados**. La inversión en tecnología puede absorber fondos necesarios para otros aspectos del cuidado: más profesionales, mejor formación, servicios comunitarios, apoyo a la participación o atención domiciliaria. La innovación tecnológica no es gratuita. Y cuando se promueve como solución sin evidencia suficiente, puede sustraer recursos de intervenciones cuya eficacia está probada.

Más allá de estos tres niveles de riesgo, hay una reflexión esencial. La inteligencia artificial puede simular muchas cosas: empatía, comprensión, escucha, compañía. Pero **simular no equivale a ser**. Una persona en crisis no necesita solo una respuesta correcta. Necesita presencia, que alguien asuma responsabilidad, que otro ser humano pueda darle apoyo en la complejidad de su situación sin reducirla a un dato, un patrón o una categoría diagnóstica. Ni siquiera con datos perfectos, la inteligencia artificial puede sustituir el juicio clínico complejo, la lectura del contexto, la reciprocidad del vínculo o la responsabilidad moral del encuentro humano.

[En la tabla 2 se ilustran los riesgos de la inteligencia artificial en salud mental y sus implicaciones.]

Un modelo ético de integración

Aunque no tengamos todavía todas las respuestas, sí podemos formular una advertencia: ninguna revo-

lución tecnológica es psicológicamente neutra, y una integración responsable de la inteligencia artificial en salud mental debería asentarse en cuatro principios orientadores.

El primero: la **tecnología debe liberar tiempo para el encuentro, no sustituirlo**. Si la inteligencia artificial puede asumir las tareas administrativas, los registros clínicos, el análisis de datos, el seguimiento rutinario —y puede hacerlo con mayor precisión y menor coste que nosotros—, entonces ese tiempo recuperado debería dedicarse a lo que realmente importa: estar con la persona. Escucharla, comprender su historia, acompañarla y construir con ella un plan que tenga sentido para su vida. Para que esto sea posible, la incorporación de estas tecnologías debe guiarse por un enfoque basado en los derechos humanos, en el que la dignidad, la autonomía y la participación de las personas prevalezcan siempre sobre las posibilidades de la propia tecnología. Ello exige que quienes tienen experiencia vivida de problemas de salud mental participen activamente en el diseño, la implementación y la evaluación de estas herramientas, convirtiendo su liderazgo en un principio ético esencial para orientar la transformación digital de la atención en salud mental (Gooding, van Kolschooten y Centola, 2024).

El segundo: la **tecnología debe ser equitativa, no excluyente**. Las herramientas digitales de salud mental corren el riesgo de profundizar las desigual-

dades existentes si no se diseñan pensando en quienes tienen menor acceso, menor alfabetización digital, mayor vulnerabilidad. La universalidad del cuidado exige que la innovación esté al servicio de los más frágiles, no solo de los más conectados.

El tercero: la **tecnología debe ser regulada y supervisada por la ética clínica**. Los algoritmos aprenden de datos. Y los datos del pasado contienen los sesgos del pasado: sesgos de género, de clase, de cultura, de edad. La inteligencia artificial en salud mental no puede desplegarse sin una regulación sólida que garantice que los sistemas son seguros, transparentes y explicables, y una supervisión rigurosa de profesionales formados para entender lo que el algoritmo dice, pero también lo que no puede decir.

El cuarto: la **tecnología debe estar basada en evidencias de calidad**. Las herramientas destinadas a evaluar, orientar o intervenir deben demostrar seguridad, validez clínica, utilidad real y adecuación para las poblaciones a las que se dirigen. La calidad conversacional o la satisfacción inicial no bastan para probar eficacia terapéutica. Los marcos recientes de evaluación reclaman considerar no solo métricas técnicas, sino también la seguridad clínica, el contexto social, la participación de expertos y la experiencia de los usuarios y profesionales (Arnaout et al., 2026).

Una cultura universitaria de salud mental

La digitalización no debe entenderse como un fin, sino como un instrumento para construir una sociedad que cuide mejor la salud mental de las personas, fortalezca su autonomía y garantice una atención más accesible, personalizada y respetuosa con sus derechos. Por eso, hablar hoy de inteligencia artificial y salud mental en una universidad no significa únicamente hablar de innovación tecnológica; significa también hablar del modelo de profesionales que queremos formar y de la cultura institucional que queremos promover.

No basta con disponer de herramientas; necesitamos criterios para utilizarlas. No basta con digitalizar procesos; necesitamos ponerlos al servicio de las personas. No basta con formar en competencias técnicas; debemos formar también en discernimiento ético, responsabilidad profesional, sensibilidad hacia la vulnerabilidad humana y capacidad para cuidar allí donde ninguna tecnología puede sustituir la presencia, el juicio y el compromiso de otro ser humano.

Una universidad comprometida con la salud mental no puede limitarse a reaccionar cuando aparecen los problemas. Debe anticiparse a ellos, generar cultura y asumir una responsabilidad activa en la formación de una sociedad más saludable. Ese compromiso exige, al menos, afrontar seis grandes desafíos:

El primero, **educar**. Educar para comprender que la salud mental forma parte del desarrollo integral de toda persona. Educar para distinguir el conocimiento científico de la desinformación, para interpretar críticamente la tecnología y para comprender tanto las posibilidades como los límites reales de la inteligencia artificial.

El segundo, **desestigmatizar**. Hablar con naturalidad, rigor y respeto de la ansiedad, la depresión, el trauma, el duelo, el *burnout*, las adicciones, la soledad o la conducta suicida no crea problemas, sino que contribuye a reconocerlos antes y a intervenir mejor. El silencio nunca protege a las personas: protege al estigma.

El tercero, **acompañar**. Las universidades no pueden resolver por sí solas el sufrimiento psíquico, pero sí pueden crear las condiciones para que nadie lo afronte en soledad. Servicios accesibles, detección precoz, redes de apoyo, profesorado sensibilizado y una cultura institucional en la que pedir ayuda no se interprete como un signo de debilidad, sino como un acto de responsabilidad.

El cuarto, **formar profesionales para la vulnerabilidad**. Profesionales competentes desde el punto de vista científico, pero también ético; capaces de escuchar y acompañar procesos de recuperación, participación e inclusión con una mirada ocupacional. Profesionales que comprendan que el objetivo último del cuidado no es únicamente aliviar

síntomas, sino ayudar a las personas a recuperar oportunidades reales para vida.

El quinto, **incorporar la inteligencia artificial con prudencia y responsabilidad**. Ni el entusiasmo acrítico por la innovación ni el rechazo sistemático ofrecen buenas respuestas. La integración de estas tecnologías exige transparencia, supervisión humana, protección de la privacidad, evidencia científica, equidad y respeto por la autonomía de las personas.

Y el sexto, quizá el más importante, **poner siempre lo humano en el centro**. La universidad debe seguir siendo el lugar donde recordemos que conocer no consiste únicamente en procesar información, sino también en interpretar, dialogar, dudar, comprender, cuidar y acompañar.

Volver a la pregunta inicial

Permítanme terminar volviendo a la pregunta con la que comencé.

¿Cuántas personas de las que estamos hoy aquí, en algún momento de nuestra vida, hemos necesitado o necesitaremos ayuda para sostener nuestra salud mental?

La respuesta más honesta es: **muchas**. Probablemente más de las que imaginamos. La salud mental no establece una frontera nítida entre quienes están sanos y quienes están enfermos. Es una dimensión

viva y cambiante de nuestra existencia, atravesada por la biología, la historia personal, los vínculos, las condiciones sociales y las ocupaciones que estructuran nuestra vida. Hay momentos en que podemos sostenernos con nuestros propios recursos y otros en los que necesitamos que alguien nos ayude a recuperar el equilibrio.

La inteligencia artificial podrá contribuir a reconocer señales de sufrimiento, analizar patrones, anticipar riesgos y facilitar apoyos. Puede ayudarnos a comprender mejor algunos aspectos de la vulnerabilidad humana, pero no puede asumir por sí sola la responsabilidad moral de cuidar. No puede responder plenamente por una decisión que afecta a la vida de otra persona, ni compartir la fragilidad humana u ofrecer la reciprocidad de quien reconoce en el sufrimiento ajeno algo que también pertenece a la experiencia propia. Puede producir palabras de consuelo, pero no convertirlas en compromiso, presencia y responsabilidad. Eso sigue correspondiéndonos a nosotros. A las personas que cuidan en las familias y en las comunidades. A quienes investigan, enseñan y gestionan servicios. Y, de manera especial, a los profesionales que han elegido trabajar junto a personas que atraviesan situaciones de enfermedad, discapacidad, crisis, dependencia o exclusión.

Cuidar es, en este sentido, una forma de resistencia. No una resistencia frente a la innovación, sino frente a cualquier intento de reducir a la persona

a un diagnóstico, un conjunto de datos, un nivel de productividad o una predicción algorítmica. Es recordar que la eficiencia solo tiene valor cuando está al servicio de la dignidad humana, y que ninguna tecnología debería hacernos olvidar la singularidad de la vida que tenemos delante; nadie queda completamente protegido frente al sufrimiento psíquico por ser joven, competente, brillante, fuerte o admirado. La vulnerabilidad no disminuye nuestra dignidad ni nos hace menos humanos. Al contrario: nos recuerda nuestra interdependencia y la necesidad que todos tenemos, en distintos momentos, de cuidar y ser cuidados.

Y de esta constatación se deriva una responsabilidad colectiva. Necesitamos construir una universidad, una sociedad y un futuro tecnológico en los que el sufrimiento no tenga que vivirse en soledad, en los que pedir ayuda no se interprete como una derrota y en los que la innovación se valore también por su capacidad para humanizar los cuidados. Una universidad comprometida con este propósito no puede limitarse a transmitir conocimiento. Debe enseñar a utilizarlo con discernimiento. Debe formar profesionales técnicamente competentes, pero también capaces de escuchar, deliberar, reconocer límites y acompañar la fragilidad sin anular la autonomía de quien necesita apoyo. Debe ayudarnos a convertir el conocimiento en responsabilidad, la tecnología, en una herramienta al servicio de la persona y la recu-

peración, no solo en una reducción de síntomas, sino en la posibilidad real de volver a participar en la vida cotidiana, recuperar el apego, asumir roles y construir una existencia con sentido.

Si la pregunta inicial nos interpelaba individualmente, la respuesta final nos compromete colectivamente. Porque todos podemos atravesar momentos de vulnerabilidad. Todos necesitamos aprender a cuidar y a cuidarnos. Y todos compartimos la responsabilidad de construir instituciones en las que el progreso científico y tecnológico no avancen separados del progreso humano.

Porque quizá la mayor innovación del siglo **xxi** no sea una inteligencia artificial capaz de pensar como nosotros. Quizá sea una sociedad capaz de utilizar todo su conocimiento y toda su inteligencia para cuidar mejor de las personas que la conforman.

Que el curso que hoy comienza sea fértil en conocimiento riguroso, en tecnología sabia y en humanidad irreductible. Y que, al finalizarlo, cada uno de nosotros y cada una de nosotras sea un poco más capaz de estar presente —verdaderamente presente— ante otro ser humano que lo necesite.

Muchas gracias.

REFERENCIAS

- Arnaout, H., Goel, A., Schwartz, H. A., Eberhardt, S. T., Atzil-Slonim, D., Doherty, G., et al. (2026). Responsible evaluation of AI for mental health. In Proceedings of the 64th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics (Volume 1: Long Papers), pages 7625–7660, San Diego, California, United States. Association for Computational Linguistics. <https://doi.org/10.18653/v1/2026.acl-long.347>.
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>.
- Ayuda en Acción (2026). Desconexión y futuro: una juventud atrapada. Una radiografía de la juventud de Impulsa Empleo Joven https://ayudaenaccion.org/uploads/2026/07/Informe-juventud_digital.pdf.
- European Commission, Joint Research Centre. (2023). Artificial intelligence for healthcare and well-being. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2760/404140>.
- European Parliament. (2026). Health and wellbeing in the age of artificial intelligence. European Parliamentary Research Service. [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI\(2026\)785741](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI(2026)785741).
- Gooding, P., van Kolschooten, H., & Centola, F. (2024). Artificial intelligence and mental health. Mental Health Europe. (Informe traducido al español: Inteligencia artificial y salud mental). <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2025/02/Study-on-AI-in-mental-health-care-final-for-publication-ES.pdf>.

McGrath, J. J., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Altwaijri, Y., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Almeida, J. M. C., Chardoul, S., Chiu, W. T., Degenhardt, L., Demler, O. V., Ferry, F., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Karam, G., Khaled, S. M., Kovess-Masfety, V., Magno, M., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2023). 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. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1).

Ministerio de Sanidad (2019). Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017: Salud mental. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

Nugent, A., Hancock, N., & Honey, A. (2017). Developing and Sustaining Recovery-Orientation in Mental Health Practice: Experiences of Occupational Therapists. *Occupational therapy international*, 2017, 5190901. <https://doi.org/10.1155/2017/5190901>.

Orgilés, M., Amorós-Reche, V., Morales, A., Marzo, J., Piqueras, J. P., & Espada, J. P. (2025). Depression, anxiety, and internalizing symptoms in Spanish children and adolescents: estimated rates and comorbidity patterns. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02916-1>.

Perlis, R. H., Gunning, F. M., Uslu, A. A., Santillana, M., Baum, M. A., Druckman, J. N., Ognyanova, K., & Lazer, D. (2026). Generative AI Use and Depressive Symptoms Among US Adults. *JAMA network open*, 9(1), e2554820. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.54820>.

Soriano, V., Ramos, J. M., López-Ibor, M., et al. (2024). Hospital admissions in adolescents with mental disorders in Spain over the last two decades: a mental health crisis? *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02543-2>.

UNESCO International Institute for Higher Education in Latin America and the Caribbean (IESALC). (2024). Supporting the mental health and well-being of higher education students. SDG Brief Series No. 3. Caracas: UNESCO IESALC. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000391501>.

World Health Organization (2025a). Mental health atlas 2024. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240114487>.

World Health Organization (2025c). Mental disorders. Fact sheet. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>.

World Health Organization. (2022). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1.

World Health Organization. (2024). Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e9e62c65-6045-481e-bd04-20e206bc5039/content>.

World Health Organization. (2025b). World mental health today: Latest data. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-011381-7. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113817>.

Tablas

Tabla 1. La salud mental como desafío global: principales indicadores epidemiológicos y su significado para la sociedad.

Ámbito	Indicador epidemiológico	Dato principal	¿Qué significa?	Fuente
Mundial	Personas que viven con un trastorno mental	1 de cada 7 personas (≈14% de la población mundial; más de 1.095 millones de personas)	Los trastornos mentales constituyen uno de los mayores problemas de salud pública del mundo y afectan de forma directa a una parte muy importante de la población	WHO (2025a, 2025b, 2025c)
Mundial	Riesgo de padecer un trastorno mental a lo largo de la vida	1 de cada 2 personas experimentará un trastorno mental a lo largo de su vida	Los trastornos mentales no son un problema de unos pocos, sino una realidad potencialmente compartida que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida	McGrath et al. (2023); WHO (2025c)
Europa	Prevalencia estandarizada por edad	Incremento del 13,2% (2011) al 15,4% (actualidad)	Incluso en sociedades con elevados niveles de desarrollo, los problemas de salud mental continúan aumentando, lo que exige reforzar las políticas de prevención, atención y promoción del bienestar.	WHO Regional Office for Europe (2025)
Europa	Trastornos más frecuentes	La ansiedad y la depresión representan conjuntamente más de dos tercios de los trastornos mentales y constituyen una de las principales causas de discapacidad	La ansiedad y la depresión concentran gran parte del sufrimiento psicológico y de la pérdida de autonomía, participación y calidad de vida	WHO Regional Office for Europe (2025)
Infancia (5-9 años)	Prevalencia de trastornos mentales	Aproximadamente, el 7%	La salud mental comienza a construirse desde los primeros años de vida, haciendo imprescindible la prevención y la detección precoz	WHO (2025a)
Adolescencia (10-19 años)	Prevalencia de trastornos mentales	Aproximadamente el 14% (1 de cada 7 adolescentes)	La adolescencia constituye un periodo especialmente vulnerable para el desarrollo de problemas de salud mental, con importantes repercusiones sobre el desarrollo personal, académico y social	WHO (2025a)
Jóvenes (15-29 años)	Suicidio	Tercera causa de muerte; segunda entre las mujeres	El suicidio representa una de las expresiones más graves del sufrimiento psicológico y pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y apoyo en la población joven	WHO (2025a, 2025b)
España	Personas ≥15 años con un trastorno mental diagnosticado	Aproximadamente 1 de cada 10 personas	Los problemas de salud mental forman parte de la realidad cotidiana de nuestro país y afectan directamente a millones de personas y sus familias	Ministerio de Sanidad (2024)

Ámbito	Indicador epidemiológico	Dato principal	¿Qué significa?	Fuente
España	Carga de discapacidad	Cerca del 40% de los años vividos con discapacidad	El impacto de los trastornos mentales trasciende el sufrimiento emocional y constituye una de las principales causas de pérdida de autonomía, funcionamiento y participación social	Ministerio de Sanidad (2024)
Infancia (España)	Principales problemas de salud mental	Predominan los trastornos de conducta e hiperactividad; también ansiedad y depresión, con diferencias según el sexo y el contexto social	Las manifestaciones de los problemas de salud mental cambian con el desarrollo evolutivo, por lo que requieren estrategias preventivas e intervenciones adaptadas a cada etapa	Encuesta Nacional de Salud (2017); Orgilés et al. (2025)
Adolescencia (España)	Principales causas de hospitalización psiquiátrica	Consumo de sustancias, trastornos de la alimentación, ansiedad/TEPT, TDAH, depresión mayor, psicosis y TEA; la conducta suicida predice mortalidad intrahospitalaria	La adolescencia concentra algunos de los trastornos más graves y constituye una etapa crítica para intervenir de forma temprana y evitar la cronicación	Soriano, Ramos, López-Ibor et al. (2024)
Jóvenes (15-29 años)	Principales causas de pérdida de años de vida saludable	Depresión (16%), alcohol (11%), trastorno bipolar (7%) y esquizofrenia (6%)	Los trastornos mentales que comienzan en la juventud condicionan durante décadas la educación, el empleo, las relaciones sociales y el proyecto vital de las personas	Ministerio de Sanidad (2024)
Adultos	Principal causa de discapacidad por trastorno mental	La depresión, seguida de la ansiedad crónica	La depresión constituye el principal problema de salud mental asociado a discapacidad y pérdida de calidad de vida durante la edad adulta	Ministerio de Sanidad (2024)
Personas ≥65 años	Deterioro cognitivo y demencias	Afectan al 31,3% de las personas mayores no institucionalizadas	En la vejez, los problemas de salud mental se combinan con el deterioro cognitivo, la dependencia y la comorbilidad física, incrementando la necesidad de cuidados integrales y apoyos comunitarios.	ENSE (2017)

WHO: World Health Organization; TEPT: Trastorno de estrés postraumático; TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TEA: Trastorno del espectro autista; ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España.

Tabla 2. Riesgos de la inteligencia artificial en salud mental e implicaciones clínicas.

Riesgo	Ejemplo ilustrativo
Errores, respuestas inventadas y falsa apariencia de competencia	Un <i>chatbot</i> responde con seguridad, pero no reconoce una crisis suicida o recomienda una actuación inadecuada
Falsos positivos y falsos negativos	Un sistema interpreta el aislamiento como depresión o no detecta una recaída real
Pérdida de privacidad y control de los datos	Filtración de historiales psicoterapéuticos o acceso por aseguradoras, empleadores y empresas comerciales
Consentimiento insuficiente y usos secundarios	Una aplicación reutiliza conversaciones para entrenar modelos o elaborar perfiles sin comprensión real del usuario
Sesgo y discriminación algorítmica	Expresiones culturales se clasifican como patológicas; ciertos grupos están infrarrepresentados en los datos
Reproducción del estigma	Imágenes de esquizofrenia asociadas a sangre, deformidad y horror; sistemas que vinculan trastorno mental y violencia
Vigilancia y fenotipado digital	El teléfono monitoriza movilidad, sueño, escritura y relaciones para predecir recaídas
Sustitución de la relación terapéutica	Una consulta humana se reemplaza por un <i>chatbot</i> para reducir costes
Dependencia emocional y aislamiento	Una persona sustituye progresivamente sus relaciones por un acompañante artificial siempre disponible y complaciente
Brecha digital e inequidad	Personas mayores, con discapacidad, sin hogar o con baja alfabetización digital no pueden utilizar la herramienta
Visión individualista de la salud mental	Se ofrecen ejercicios de relajación a una persona cuyo sufrimiento deriva de la pérdida de vivienda
Automatización del juicio profesional	El clínico acepta una recomendación de riesgo sin revisar su fundamento por falta de tiempo
Desviación de recursos	Se financia una plataforma sin evidencia mientras permanecen vacantes profesionales o servicios comunitarios
Ausencia de participación de usuarios	Una herramienta para personas con psicosis se diseña sin contar con ellas

Posibles consecuencias clínicas y sociales	Implicaciones terapéuticas	Fuente
Retraso en la búsqueda de ayuda, empeoramiento clínico, falsa seguridad y daño evitable	Verificar la información; no delegar la valoración clínica; establecer protocolos de derivación y emergencia	WHO, 2024; Arnaout et al., 2026
Intervenciones innecesarias, ansiedad, pérdida de confianza o ausencia de atención oportuna	Contrastar cualquier alerta con la historia, el contexto, el desempeño ocupacional y la valoración profesional	WHO, 2021; Gooding et al., 2024
Extorsión, discriminación, retraimiento y pérdida de confianza en los servicios	Aplicar minimización de datos, confidencialidad y evaluación de riesgos antes de recomendar dispositivos	Gooding et al., 2024; WHO, 2021
Pérdida de autonomía y utilización comercial o discriminatoria de información sensible	Facilitar consentimiento comprensible, revisable y adaptado a las capacidades de cada persona	WHO, 2021; Gooding et al., 2024
Diagnósticos menos precisos, estigmatización y desigual calidad asistencial	Evaluar la validez en poblaciones diversas; incorporar cultura, entorno y justicia ocupacional	WHO, 2021; Gooding et al., 2024
Refuerzo de prejuicios, autoestigma, discriminación y rechazo comunitario	Revisar críticamente contenidos; promover representaciones basadas en derechos, recuperación y vida cotidiana	Gooding et al., 2024
Intrusión, autocensura, errores contextuales y confusión entre cuidado y control	Valorar proporcionalidad, autonomía, significado de las rutinas y derecho a rechazar la monitorización	Gooding et al., 2024
Despersonalización, menor comprensión biográfica y ausencia de responsabilidad relacional	Utilizar IA como apoyo; preservar el uso terapéutico del yo, la alianza y la toma de decisiones compartida	Nugent et al., 2017; Gooding et al., 2024
Reducción de reciprocidad, participación social y tolerancia a la complejidad de los vínculos reales	Analizar el equilibrio ocupacional y promover relaciones, actividades comunitarias y redes naturales de apoyo	European Parliament, 2026; Gooding et al., 2024
Exclusión de servicios y ampliación de desigualdades preexistentes	Mantener alternativas no digitales; adaptar accesibilidad, lenguaje, formación y apoyos	WHO, 2021; Capraro et al., 2024
Culpabilización individual y ocultación de pobreza, violencia o exclusión	Evaluar entornos y determinantes sociales; intervenir sobre recursos, derechos, apoyos y participación comunitaria	Gooding et al., 2024
Pérdida de pensamiento crítico, errores sistemáticos y responsabilidad difusa	Exigir supervisión real, formación en alfabetización algorítmica y capacidad para cuestionar decisiones	WHO, 2021; European Commission, 2023
Reducción de atención humana, inequidad y abandono de intervenciones efectivas	Valorar coste de oportunidad y priorizar resultados vinculados con autonomía, participación y calidad de vida	Gooding et al., 2024
Soluciones poco aceptables, paternalistas o alejadas de necesidades reales	Incorporar cocreación y liderazgo de personas con experiencia vivida en todas las fases	Gooding et al., 2024; Arnaout et al.

WHO: World Health Organization.



Universidad de
Castilla~La Mancha

ISBN 978-84-9044-825-0



9 788490 448250