

DISCURSO DE INVESTIDURA DRA. HONORIS CAUSA

PROF^a. DRA. AMPARO BELLOCH FUSTER

Psicología Clínica y Salud Mental: De dónde venimos, hacia dónde vamos

Magnífico y Excelentísimo Señor Rector, autoridades académicas, miembros del Claustro Universitario, personal de administración y servicios, compañeros/as, familiares, amigos/as, muy buenos días a todos.

Quisiera, ante todo, manifestar mi más sincero agradecimiento a los miembros del Departamento de Personalidad, de la Facultad de Psicología de esta Universidad, por apoyar la generosa propuesta de mi nombramiento como Dra. Honoris Causa, que impulsaron los profesores Mercedes Borda Más y Juan Francisco Rodríguez Testal. Su *laudatio* hacia mi persona excede con mucho mis posibles méritos. Mi agradecimiento también a los miembros de la Junta de Centro, del Consejo de Gobierno y miembros del Claustro, que aprobaron este nombramiento.

Debo dejar constancia de que mis posibles méritos no hubieran sido posibles sin la ayuda de muchos y muchas compañeras que, a lo largo de mi trayectoria, he tenido la inmensa fortuna de encontrar. Muchos de ellos y ellas están hoy aquí. Me sumo aquí a las palabras de Aldous Huxley, cuando dijo que la experiencia no es lo que le sucede a alguien, sino lo que la persona **aprende** de lo que le ha sucedido. Creo sinceramente que mis posibles logros no son fruto del mero paso del tiempo, de la experiencia vivida, sino de lo que he podido aprender de la generosidad, afecto, ayuda, y empuje de tantas personas con las que vengo compartiendo la vida. Incluyo aquí a quienes confiaron en mí para ayudarlas a manejar y, en la medida de lo posible, superar sus problemas psicológicos: de ellos y ellas he aprendido lo que atesoro como más valioso de mi actividad profesional.

Especial agradecimiento merecen mis familiares. En primer lugar, Miguel Perpiñá, el mejor compañero de vida que hubiera podido siquiera imaginar cuando empezamos nuestra andadura vital allá por los años 70 (¡más de 50 años nada menos!). De su entusiasmo y amor por el conocimiento he aprendido y sigo aprendiendo no solo en lo personal, también en lo profesional. Y, por supuesto, nuestro hijo, Carlos, del que no puedo sentir más orgullo por tantas cosas, pero sobre todo por su enorme valía como ser humano. No solo ha tenido que soportar mis muchas ausencias en tantos momentos de su vida, sino que además me ha proporcionado, junto con su pareja, Bea, la mayor de las alegrías con esas dos maravillosas personitas que son Clara y Miguelete.

Para finalizar este capítulo de agradecimientos, no puedo dejar de mencionar a quienes, aunque ya no están en este mundo, siguen vivos en mi quehacer diario: mis muy queridos padres y hermanos. Sin ellos, sin su amor incondicional, su paciencia, ayuda, apoyo y comprensión, sin sus enseñanzas, su sacrificio y generosidad, nada de todo lo bueno que he aprendido y conseguido hubiera sido posible. Entenderán pues que les dedique a ellos este honor que hoy recibo.

La Universidad de Sevilla me pide hoy una muestra de mis saberes, dando lectura a un discurso de recepción sobre un tema de mi especialidad. Confieso que la tarea me ha resultado particularmente difícil, sobre todo porque me he debatido entre reflexionar sobre un tema general o centrarme en otro más específico. Finalmente me decanté por la primera opción. De ahí el título *“Psicología clínica y salud mental: de dónde venimos, hacia dónde vamos”*, seguramente en exceso ambicioso, que intentaré abordar lo mejor posible en el apretado espacio de tiempo que me corresponde.

Para empezar, parece inevitable dar una muy breve mirada hacia atrás: creo que para entender en dónde estamos, es necesario saber de dónde venimos. Como dijo Vicent Andrés Estellés, el poeta valenciano, *El que olvida sus orígenes, pierde su identidad*.

En definitiva, el camino hacia el presente es cualquier cosa menos una línea simple y recta; más bien, es el producto de líneas en parte desconocidas del desarrollo histórico, movimientos a menudo sujetos a confusiones y malentendidos de nuestro pasado, y a la implicación con valores y costumbres de los que solo podemos ser parcialmente conscientes.

Así pues, un poco de historia

La psicología clínica es un ámbito de desarrollo teórico-técnico y profesional, específico y particular de la psicología científica. Su interés radica en conocer en **QUÉ CONSISTE Y CÓMO** se produce la pérdida o el deterioro de salud mental de las personas, con el objetivo último de restaurarla.

Si bien ese interés es, en realidad, tan antiguo como la humanidad misma, no es hasta finales del siglo XIX cuando se puede hablar con propiedad del surgimiento de la psicología clínica, como una disciplina y una profesión vinculada con, y derivada de, la psicología científica.

Transcurrido ya más de un siglo del “nacimiento” de la psicología clínica, parece necesario responder a preguntas como estas: ¿Ha logrado, logra, realmente sus objetivos? ¿Qué aporta al ámbito de la salud humana, y muy especialmente, al de la salud mental? Y si lo aporta, ¿en qué

medida lo hace? Y ¿cuál es su aportación diferencial a la de otras disciplinas y profesiones más antiguas y consolidadas, como la psiquiatría?

Un modo de responder a esas preguntas es poner sobre la mesa algunos datos oficiales. Según un documento de la OMS publicado en marzo de este año, una de cada ocho personas en el mundo tiene o ha tenido un trastorno mental, es decir, una alteración, anomalía o disfunción considerable en su forma de pensar, de sentir, expresar y regular sus emociones, su vida mental, y/o su comportamiento.

La prevalencia de los TM en España está en torno al 17% de la población (12% H, 22% mujeres). En el caso de la población infantil y adolescente, las tasas en España rondan el 20%. Los trastornos de ansiedad y los depresivos son, con diferencia, los más prevalentes. Además, las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido, en primer lugar, a los problemas de salud física, para los que a menudo no reciben la atención médica necesaria, y en segundo, al suicidio.

Según el mencionado informe de la OMS, más de 720.000 personas fallecen anualmente por suicidio en el mundo, que, además, es la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años. En España, más de 4000 personas fallecieron por suicidio, según los datos oficiales de 2023. Las causas del suicidio son múltiples, pues incluyen factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. Pero, por desgracia, el hecho de padecer un trastorno mental, es con diferencia la causa más importante. A estas cifras se suman las a menudo elevadas tasas de mortalidad producidas por las complicaciones asociadas a un trastorno mental: los de la conducta alimentaria y los de la dismorfia son ejemplos palmarios de ello, pero no los únicos.

En definitiva, tener un trastorno mental es, uno de los mayores problemas de salud pública en sociedades como la nuestra. Por eso, me parece necesario preguntarnos qué aporta la psicología clínica a la resolución de ese problema de salud pública.

No es este el momento ni el lugar para hacer una descripción detallada de las aportaciones que la PC viene haciendo a la comprensión y el abordaje de los TM. Pero merece la pena destacar algunas de esas aportaciones porque es en ellas, precisamente, en las que se sustancian las diferencias en el modo de hacer de la PC frente a otras profesiones y disciplinas.

Para empezar, la Psicología Clínica concibe los procesos de salud-enfermedad en términos de **redes complejas de interacción**. Este enfoque general toma cuerpo en las tres “patas” que sustentan la PC: la psicopatología, el psicodiagnóstico, y la psicoterapia

En el ámbito del diagnóstico, la enfermedad mental se ha caracterizado típicamente en términos categoriales, es decir, como presencia o ausencia de un TM. Los conocidos manuales de diagnóstico psiquiátrico propiciados por la OMS y por la American Psychiatric Association, siguen ese principio “*a more botanica*”. En contraposición, la PC asume un enfoque dimensional de la SM, según el cual entre la normalidad y la psicopatología no existen puntos de corte claros y universalmente admisibles, sino más bien un conjunto de variables que oscilan en dimensiones continuas de intensidad y que mantienen entre sí una amplia gama de interrelaciones. Adoptar una perspectiva dimensional y en red, permite entender mejor no solo las múltiples relaciones de comorbilidad entre trastornos sintomatológicamente distintos, sino además el trasvase que se produce de unos a otros en una misma persona a lo largo del tiempo.

Esta perspectiva dimensional, y en red, sobre los procesos de salud y enfermedad humanos permite descubrir variables y procesos psicológicos que subyacen a trastornos y síntomas en apariencia diferentes: se trata de variables mediadoras, causales, que explican síntomas de trastornos que se conciben como diferentes en los sistemas categoriales. Por esa razón se denominan “trans-diagnósticas”. Hoy sabemos que ciertas características personales, cognitivas, relacionales, emocionales, y de comportamiento están en la base de, y explican, una amplia gama de síntomas de muchos trastornos y problemas mentales. Por mencionar algunas: intolerancia a la incertidumbre, pensamientos negativos repetitivos, pensamientos e imágenes intrusivas, sesgos de interpretación de la realidad, ciertas creencias nucleares, perfeccionismo, atención autofocalizada, o evitación, entre otras. De investigar todo esto se ocupa la psicopatología, que es la materia base de la que se alimenta la PC.

La idea de transversalidad se aplica también a la psicoterapia. Los primeros datos relevantes sobre la eficacia y eficiencia de los tratamientos psicológicos provienen de metaanálisis publicados en los años setenta y ochenta, que abrieron la puerta a la creación en los noventa de grupos de expertos que elaboraron los criterios a los que debían ajustarse los tratamientos psicológicos empíricamente validados.

Los primeros listados de tratamientos eficaces incluían sobre todo técnicas y estrategias propias del enfoque cognitivo-conductual. Con el tiempo, la lista se ha ido ampliando notablemente: por ejemplo, para el tratamiento de la depresión, actualmente se contemplan además de la TCC, la

activación conductual, la terapia psicoanalítica breve, la terapia centrada en las emociones y la terapia de aceptación y compromiso.

En conjunto, los tratamientos psicológicos basados en la evidencia han demostrado tasas de eficacia, eficiencia, y efectividades superiores a las de los tratamientos psicofarmacológicos, con tamaños del efecto entre .60 y .80. Y ello no solo para trastornos y problemas más leves (fobias, etc.), sino también para los más complejos como los alimentarios, el TOC, los de la personalidad, del estado de ánimo, las adicciones, o la dismorfia. Además, la adición de psicoterapia al tratamiento farmacológico, aporta mejoras sustanciales a otros muchos trastornos, considerados graves según la terminología oficial, como los del espectro de la esquizofrenia.

También las aportaciones de la psicología clínica se han mostrado imprescindibles en el ámbito de las enfermedades físicas, tanto crónicas como agudas, dando lugar a una fructífera rama de nuestra profesión: la denominada psicología clínica de la salud.

Muchos de los procedimientos de la psicoterapia comparten principios teóricos y estrategias técnicas. La búsqueda de principios comunes e integración es hoy un ámbito de interés primordial. Es lo que se denomina la perspectiva **trans-teórica** e integrativa de la psicoterapia. Así, del mismo modo que en el ámbito del diagnóstico se buscan variables transdiagnósticas, en el de la psicoterapia se amplía la mirada desde modelos “uni-psicoterapéuticos” hacia enfoques de trans-tratamiento, comprehensivos y científicamente fundados.

Llegados a este punto, es no obstante necesario decir que NO todos los problemas que aquejan a las personas son explicables desde los parámetros de la psicología clínica. Por lo tanto, su resolución no pasa por la psicoterapia como instrumento prioritario ni necesario. Me refiero al conjunto de factores que se engloban bajo el paraguas de “determinantes sociales de la salud”.

Es evidente que todos ellos inciden de forma directa en la salud mental (y física) de las personas. Por ejemplo, un estudio reciente del Ministerio de Sanidad revela que el 26% de los problemas de salud mental en la población trabajadora de España, se pueden atribuir a condiciones laborales adversas como falta de control sobre el trabajo, exigencias excesivas, inseguridad, o falta de apoyo.

La European Association of Clinical Psychology and Psychological Treatments incluye también la situación geopolítica mundial entre los DS de la salud mental, con estas palabras: *El aumento*

de las tensiones políticas, la retórica divisiva, los conflictos armados y el cambio climático han creado un entorno de incertidumbre y estrés que puede agravar los problemas de salud mental.

La psicología clínica está obligada a tener en cuenta esos determinantes al emprender un proceso evaluativo, diagnóstico, o de psicoterapia. Pero no puede confundir sus objetivos, ni menos aun su alcance, con la intervención **directa** sobre tales determinantes, como sabiamente nos recordó hace ya unos años el maestro y amigo Héctor Fernández-Álvarez: “...*sabemos que la posibilidad de obtener ciertos logros ...depende de otras muchas variables que escapan al control de lo que opera en el contexto del espacio terapéutico (...) Que una persona pueda obtener una buena relación con otro depende también de lo que ocurra con ese otro, y que una persona aumente sus posibilidades económicas depende de la marcha del sistema productivo de una sociedad (...)*”.

En suma, la psicología clínica y con ella, la psicoterapia, no son omnímodas. Y ello no solo porque NO todos los problemas que aquejan al bienestar y la salud de las personas tienen causas psicológicas (aunque obviamente, puedan tener consecuencias sobre la salud mental), sino además porque la psicoterapia tiene limitaciones. Como cualquier otro procedimiento que depende del progreso científico, estamos todavía lejos de saber formular las mejores preguntas y de conocer todas las respuestas a las ya formuladas. En suma, de disponer de los mejores procedimientos que nos permitan aliviar eficazmente el malestar y el sufrimiento mental. Cierto es que hemos avanzado mucho, pero el camino que todavía queda por recorrer es mucho más largo y abrupto de lo que nos gustaría. Reconocer nuestras limitaciones y nuestros fracasos, forma también parte ineludible de nuestra actividad científico-profesional.

Pero, además, la psicología clínica tiene por delante ciertos retos que requieren atención y búsqueda de soluciones. Mencionaré los cuatro que, a mi entender, son más acuciantes.

El primero es aumentar la interdisciplinariedad, en especial con las neurociencias. La neuroplasticidad cerebral, esa capacidad biológica innata de nuestro sistema nervioso para modificar sus interconexiones como respuesta a nuevas informaciones, y que permite remodelar la forma en que pensamos, sentimos o recordamos, es una característica nuclear del funcionamiento mental que la psicología clínica no puede ignorar para seguir avanzando.

El segundo reto tiene que ver con los desarrollos de la IA y los desafíos que plantea para el ejercicio de la psicología clínica. A día de hoy no son pocas las personas que “adoptan” como “psicoterapeuta” un programa generado por IA. Los riesgos que ello conlleva son muchos, especialmente para las personas afectadas que confían en soluciones mágicas que, naturalmente,

no existen. Afortunadamente, otros desarrollos son mucho más esperanzadores y útiles. Algunos ejemplos, en los que actualmente están trabajando muchos de los y las compañeras que están hoy aquí.

- la generación de entornos virtuales para facilitar la exposición a situaciones o contextos problemáticos;
- los “serious games”;
- las aplicaciones para smartphones (las conocidas Apps) para luchar contra el estigma de los trastornos mentales y mejorar su conocimiento, o para promover el cambio de creencias disfuncionales que están en la base de muchos trastornos mentales;
- los programas de tratamiento manualizados a través de internet con la asistencia de psicoterapeutas, que abren el acceso a psicoterapias de calidad para muchas personas.
- Y un largo etcétera.

En suma, las posibilidades en este ámbito abren horizontes que, hoy por hoy, no soy capaz de vislumbrar en toda su magnitud.

La “batalla” contra la proliferación de pseudoterapias es el tercer reto al que me voy a referir, del que también se ha hecho eco la antes mencionada Sociedad Europea de Psicología Clínica: *“Es fundamental garantizar que la atención a la salud mental se base en evidencia científica rigurosa. La difusión de información falsa o engañosa puede llevar a las personas a buscar alternativas no probadas o perjudiciales. Combatir la desinformación requiere esfuerzos contundentes para promover la alfabetización mediática, aumentar la transparencia en la investigación y garantizar que las fuentes fiables sean fácilmente accesibles para el público (...).* Lo que antes comenté sobre la IA, se ajusta bien a esta declaración.

El cuarto reto es la carencia manifiesta de un número suficiente de profesionales cualificados en psicología clínica, de manera que se puedan atender con garantías las demandas a las que tiene derecho la ciudadanía. En España, y en nuestro sistema de salud formal, este es un problema acuciante porque, entre otras cosas, impide o dificulta el acceso a tratamientos psicológicos que se ajusten de forma razonable a los protocolos y guías de tratamiento basados en la evidencia, es decir, a los que sabemos que funcionan. Especialmente urgente es la puesta en marcha, por parte de la Administración sanitaria, de una especialidad de psicología clínica específica para niños y adolescentes, de tal manera que esta población tenga garantizado el acceso a una atención psicológica de calidad, con profesionales especialmente formados para ello.

La superación de estos problemas requiere de la puesta en valor de la psicología clínica por parte de todo nuestro colectivo, que no puede dar por conseguido algo que, simplemente, solo

está esbozado: me refiero a la implantación de la especialidad sanitaria de psicología clínica en todo el SNS. El logro que supuso la creación de esta especialidad en 1998, hace 27 años, logro por el que luchamos algunas y algunos de quienes hoy están aquí, y que tanto nos costó conseguir, está viéndose seriamente amenazado por decisiones desafortunadas de muchas administraciones sanitarias y, en ocasiones también, por el desinterés o el desconocimiento de algunas organizaciones profesionales y académicas de la psicología.

Queda mucho por hacer: pero, parafraseando a Simone Weil, el futuro por sí solo no nos aporta nada, no nos da nada; somos nosotros los que para construirlo debemos darlo todo. Recordando al genial sevillano Antonio Machado, *Caminante no hay camino, se hace camino al andar*.

Pese a todo, creo sinceramente que el futuro de la psicología clínica es apasionante. Como dijo mi admirado Alan Turing, *“Podemos ver sólo un poco de lo que nos depara el mañana, pero lo que vemos es suficiente para que merezca la pena trabajar”*.

Muchas gracias.

En Sevilla, a 19 de septiembre de 2025.