

ACTO DE INVESTIDURA
COMO DOCTORA *HONORIS CAUSA*
DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA
DE
DOÑA AMPARO BELLOCH FUSTER



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Acto de investidura
como doctora *honoris causa*
de la Universidad de Sevilla
de
Doña Amparo Belloch Fuster

Acto de investidura
como doctora *honoris causa* de
la Universidad de Sevilla
de
Doña Amparo Belloch Fuster

Paraninfo de la Universidad de Sevilla
19 de septiembre de 2025



Sevilla 2025

Colección: Textos Institucionales
Núm.: 124

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin permiso escrito de la Editorial Universidad de Sevilla.

© Editorial Universidad de Sevilla 2025
Porvenir, 27 - 41013 Sevilla.
Tlfs.: 954 487 447; 954 487 451
Correo electrónico: info-eus@us.es
Web: <https://editorial.us.es>

© De la *laudatio*, Mercedes Borda Mas y
Juan Francisco Rodríguez Testal 2025

© Del discurso de investidura, Amparo Belloch Fuster 2025
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/9788447231614>

Maquetación y realización electrónica:
Editorial Universidad de Sevilla

Laudatio a cargo de los profesores
Mercedes Borda Mas y
Juan Francisco Rodríguez Testal



*Magnífico y Excelentísimo Señor Rector,
autoridades académicas,
claustro universitario,
personal administrativo y de servicios,
estimados/as compañeros/as,
estimados/as estudiantes,
señoras y señores.*

Nos convoca el homenaje que rendimos a una figura de excepcional trayectoria científica y humana. Es un honor y un privilegio para mí presentar a la profesora Amparo Belloch Fuster, a quien esta universidad honra con el título de doctora *honoris causa* en la rama de Ciencias de la Salud, una iniciativa que nace en el seno del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, con el convencimiento de que es merecedora de reconocimiento por su extraordinaria contribución al conocimiento, a la investigación en

Psicología clínica, a la labor técnica en salud mental, y al desarrollo de la profesión y especialidad en Psicología Clínica en nuestro país.

Permítanme iniciar esta *laudatio* como deben empezarse las buenas historias: por el principio.

Si bien existe una mención imprecisa al Maristán de Granada datada en 1367, es entre 1409 y 1410 cuando verdaderamente se inicia en Europa el cuidado institucional del enfermo mental, con la fundación en Valencia del *Hospital de Ignoscents, Folls e Orats* (Hospital de Inocentes, Locos y Dementes), obra del fraile mercedario Juan Gilabert Jofré (1350-1417). Hasta entonces, el loco había sido objeto de desprecio y marginación, amontonado con leprosos, incapaces (inocentes), vagabundos y holgazanes, todos ellos relegados a los márgenes de la sociedad y privados de dignidad.

Aunque la próspera ciudad levantina perseguía proteger sus intereses comerciales y su imagen pública, apartando de sus calles a este conjunto de marginados y pobres, considerados potencialmente peligrosos y perturbadores del orden social¹, la intervención del padre Jofré supuso un cambio sustancial, dado que, lejos de limitarse a la reclusión o al mero

1. González Duro, E. (2021). *Historia de la locura en España*. Madrid: Siglo XXI.

aislamiento de los enfermos, como sucedía en la célebre casa de locos de Bedlam en Londres desde 1357, su labor se constituyó en referencia inaugural de una atención verdaderamente compasiva y respetuosa hacia aquellos «inocentes». Inspirado en las prácticas orientales y humanitarias desarrolladas en Bagdad (705), Al-Fustat en Egipto (872) o en Damasco (1154), el hospital valenciano promovió la dedicación, la comprensión y el respeto hacia los enfermos mentales, reconociendo su padecimiento como una enfermedad merecedora de cuidados, y fomentando su recuperación a través del trabajo y la dignificación personal².

Así pues, se establece en Valencia el primer centro de atención y cuidados a quienes hoy denominamos enfermos mentales, al que siguieron instituciones similares en Zaragoza (1425), Sevilla o Valladolid (1436)³. En nuestra ciudad, en el entorno de la calle Feria, entre las calles San Blas y San Luis, se encuentra la calle *Inocentes*, cuyo nombre evoca la propia historia de la locura en Sevilla, según nos cuenta Del Campo

2. Rumbaut R.D. (1972). The first psychiatric hospital of the Western world. *The American Journal of Psychiatry*, 128(10), 1305-1309. <https://doi.org/10.1176/ajp.128.10.1305>

3. Postel, J. y Quetel, C. (2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Tejedor⁴, pues en sus inmediaciones se erigió el Hospital de los Inocentes, antiguo Hospital de San Cosme y San Damián, cuya finalidad era «*curar en el pobres enfermos faltos de juicio*», como se reflejaba en el acta de su fundación⁵. que estima López Alonso⁶ se produjo hacia 1436.

A pesar del impulso inicial, el camino ha sido lento, ya que la condición de personas institucionalizadas con carácter crónico, apartadas de la sociedad en los llamados «manicomios», ha perdurado en nuestro país hasta fechas tan recientes como el año 1986, cuando la Ley General de Sanidad materializó la reforma psiquiátrica y se pasó a considerar a estos enfermos mentales como ciudadanos con derecho a una atención adecuada.

Dando un salto en el tiempo, allá por la década de los 70 del siglo pasado, y en aquella misma ciudad de Valencia, la

4. Del Campo Tejedor, A. (2017). *Elogio de la locura sevillana. Necios, inocentes y bufones en la ciudad de la gracia (Siglos XV-XIX)*. Madrid: Mitáforas Editorial.

5. Ortiz de Zúñiga, D. (1633-1680). *Anales eclesiásticos y seculares de la muy noble y muy leal ciudad de Sevilla, metrópoli de Andalucía, que contienen sus mas principales memorias desde el año de 1246, en que emprendió conquistarla del poder de los moros el gloriosísimo rey S. Fernando III de Castilla y León hasta el de 1671 en que la Católica Iglesia le concedió el culto y título de Bienaventurado*. Madrid: Imprenta Real (1795).

6. López Alonso, C. (1988). *Locura y sociedad en Sevilla: historia del hospital de los inocentes (1436?-1840)*. Sevilla: Diputación Provincial.

joven Amparo Belloch Fuster iniciaba sus estudios universitarios, dando comienzo a su trayectoria docente como profesora encargada en 1976. Poco después obtuvo el doctorado en Psicología, sumergiéndose paralelamente en la clínica de este hospital de inocentes donde hemos dado comienzo a esta historia, actualmente Hospital psiquiátrico Padre Jofré de la ciudad mediterránea. Es en esta época cuando se va a despertar en la profesora Amparo Belloch un interés e inquietud por las personas con enfermedad mental, que va a marcar su andadura por la psicología y las patologías mentales, con un espíritu combativo y de superación de cuantos obstáculos se encontrara en el camino.

En 1987, transcurridos tan solo 12 años de su incorporación a la comunidad universitaria, accedió a la cátedra de Psicopatología en la Universidad de Valencia, desde la cual ha desplegado una labor incansable en diversas universidades, tanto nacionales como internacionales. Entre ellas, cabe destacar su estrecha y duradera colaboración con la Universidad Hispalense, vínculo que ha enriquecido mutuamente a instituciones, profesorado, investigadores y estudiantes.

En el ámbito docente, resulta imprescindible subrayar la extraordinaria repercusión de los textos que ha producido y dirigido para la formación de alumnos de licenciatura, grado, máster, especialidad y doctorado. Desde finales de los años noventa del siglo pasado, generaciones de profesionales

han encontrado en sus manuales un material de trabajo tan riguroso como accesible. No hay estudiante o especialista en psicología que no haya transitado por las páginas de los manuales de Psicopatología en sus múltiples ediciones.

En este sentido, puede afirmarse sin exageración que todos hemos sido, de algún modo, alumnos de la profesora Belloch Fuster. Esto es algo que ya le advertí en la presentación de la conferencia inaugural que desarrolló la profesora en el I Congreso Ibérico de Psicología Clínica y de la Salud, que celebramos en la Universidad de Sevilla en el año 2013.

Permítaseme una digresión ilustrativa –y confío en que se me excuse lo que pudiera parecer hiperbólico–: cuando, hace tres años, se conmemoró el V centenario de la muerte de Elio Antonio de Nebrija, el escritor y periodista Álex Grijelmo evocó en una brillante conferencia cómo los estudiantes de su tiempo se referían al incipiente manual de gramática castellana simplemente como «el Antonio». De forma análoga, en el lenguaje cotidiano del alumnado de Psicología, persiste hasta hoy la costumbre de referirse a «el Belloch» para aludir al célebre *Manual de Psicopatología* en dos tomos, convertido ya en un referente insoslayable de la disciplina.

La Academia, en su afán por cuantificar el saber, ha promovido una suerte de motivación compulsiva por medir la producción científica. No obstante, sin pretender agotar en este acto la vastedad de su legado, resulta imprescindible

destacar que la profesora Amparo Belloch Fuster ha publicado y coeditado más de veinte libros, ha contribuido con más de sesenta capítulos en monografías especializadas, y ha firmado más de doscientos artículos en revistas internacionales de alto impacto. Su voz ha resonado en centenares de foros científicos, tanto nacionales como internacionales, donde ha compartido hallazgos, inquietudes y horizontes de investigación.

Su trabajo ha sido reconocido en centros de excelencia a escala mundial –desde Londres a Australia– como integrante de grupos de trabajo y redes especializados en el espectro obsesivo-compulsivo y los miedos intrusivos. Ha formado parte de comités editoriales de algunas de las revistas más prestigiosas del ámbito clínico y de la salud en psicología, y ha colaborado con organismos internacionales como la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud. Su labor docente y divulgadora se ha desplegado por numerosos países de Centro y Sudamérica, por Israel, Italia, Canadá, Australia, Estados Unidos, o Turquía, llevando consigo no solo conocimiento, sino también una forma de entender la psicología como ciencia rigurosa, a la par que humana y comprometida.

La profesora Belloch ha erigido un puente entre la investigación y la actividad clínica. En este contexto de desarrollo del rigor investigador y de la mirada afinada que da el espacio clínico, puede decirse que Amparo Belloch, además de profesora, es maestra. De la treintena de tesis doctorales dirigidas

por ella puede destilarse ese fervor ejemplar y contagioso por el conocimiento de los procesos cognitivos implicados en los trastornos mentales. Su contribución ha sido clave en el desarrollo de instrumentos diagnósticos y de intervenciones basadas en la evidencia, especialmente en el estudio de las obsesiones y compulsiones, la hipocondría, los trastornos de la personalidad, o la dismorfia corporal^{7,8,9,10}. En 2001 desarrolló y lideró un centro clínico especializado (I'TOC, <https://www.itoc.blogs.uv.es/>), pionero en España del tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, considerado de excelencia por el Gobierno de la Comunidad Valenciana. Cabe destacar aquí la relevancia de una línea de investigación fecunda, avalada por numerosos proyectos, tesis y publicaciones, dirigidas a

7. Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). *TOC obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.

8. Belloch, A., Fernández-Álvarez, H. y Pascual-Vera, B. (2019). *Guía de intervención en trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.

9. Belloch, A., López-Santiago, J. y Arnáez, S. (2019). *Hipocondría: La ansiedad por la salud*. Madrid: Síntesis.

10. Rodríguez-Testal, J.F., Senín-Calderón, C. y Belloch, A. (2024). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal. En R. Penadés, J. López-Santiago, y A. Belloch (coords.), *Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica de intervención en adultos* (pp. 323-350). Madrid: McGraw-Hill.

una consideración dimensional de la psicopatología, especialmente a propósito de los pensamientos intrusivos. Este fenómeno, en la base de las obsesiones clínicamente significativas, revela su importancia a través de la frecuencia, el malestar que ocasiona más los esfuerzos de neutralización inútiles, y con su trabajo, ha ofrecido claves para la detección clínica. Su carácter transdiagnóstico, el papel de los motivadores en la respuesta emocional y el significado personal atribuido completan un panorama que orienta las estrategias de intervención psicológica^{11,12,13,14}.

11. Arnáez, S., García-Soriano, G., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2021). Illness-related intrusive thoughts and illness anxiety disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 94(1), 63-80. <https://doi.org/10.1111/papt.12267>

12. Belloch, A., Fornés, G., Carrasco, A., López-Solá, C., Alonso, P. y Menchón, J.M. (2016). Incompleteness and not just right experiences in the explanation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 236, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.012>

13. Giraldo-O'Meara, M. y Belloch, A. (2019). The Appearance Intrusions Questionnaire: A self-report questionnaire to assess the universality and intrusiveness of preoccupations about appearance defects. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(3), 423-435. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000406>

14. Pascual-Vera, B., Akin, B., Belloch, A., Bottesi, G., Clark, D.A., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Jiménez-Ros, A., Moulding, R., Ruiz, M.A., Shams, G. y Sica, C. (2022).

Las investigaciones meta-analíticas y taxonómicas más recientes apuntan precisamente hacia esta concepción dimensional de la psicopatología¹⁵. Esto ha favorecido la incorporación de sistemas de evaluación más precisos y seguimientos longitudinales apoyados en tecnologías emergentes, como el desarrollo de aplicaciones móviles en las que ha participado la profesora Belloch. Estas herramientas resultan esenciales para que los modelos dimensionales proporcionen claves sólidas tanto para la delimitación clínica como para el desarrollo de modelos explicativos¹⁶.

Esta perspectiva dimensional tiene una vertiente aplicada y directa sobre la persona, dado que permite comprender mejor y normalizar los procesos cognitivos que intervienen

Maladaptive Consequences of Mental Intrusions with Obsessive, Dysmorphic, Hypochondriac, and Eating-Disorders Related Contents: Cross-cultural Differences. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(1), 100275. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100275>

15. Haslam, N., McGrath, M.J., Viechtbauer, W. y Kuppens, P. (2020). Dimensions over categories: a meta-analysis of taxometric research. *Psychological Medicine*, 50(9), 1418-1432. doi:10.1017/S003329172000183X

16. Tanaka, M. (2024). Beyond the boundaries: Transitioning from categorical to dimensional paradigms in mental health diagnostics. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 33(12), 1295-1301. <https://doi.org/10.17219/acem/197425>

en el desarrollo clínico y, en consecuencia, combatir el estigma asociado al trastorno mental¹⁷. El esfuerzo de Amparo Belloch ha contribuido de forma decisiva al hecho de que hoy hablar con franqueza y naturalidad sobre la salud mental se haya integrado en la cotidianeidad social, desplazando aquel antiguo y sombrío imaginario que envolvía el sufrimiento psíquico en un halo de temor y pesimismo, lo que a los profesionales de la psicología nos resulta muy gratificante.

Cabe hacer un punto y aparte, para referirnos al contexto profesional: la psicología como un objeto de estudio antiguo, una ciencia joven, pero un oficio muy reciente. En este ámbito, en 1994 fundó la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), con un papel extraordinariamente activo en la creación y consolidación de la figura del psicólogo clínico. Su participación en el Ministerio de Salud y, de manera aún más significativa, su esfuerzo denodado por el desarrollo y consolidación de la Psicología Clínica, han permitido que su reconocimiento como especialidad se convierta en una realidad incuestionable.

Permítaseme, en este instante, un matiz subjetivo sobre el peso de ciertas decisiones vitales: con el paso de los años,

17. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Prefacio. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos, *Manual de Psicopatología* (3.ª ed., vol. I, pp. ix-xii). Madrid: McGraw-Hill.

se aprende a valorar de modo especial a quienes, dotados de una determinación a prueba de desencantos, se lanzan a emprender empresas de extraordinaria complejidad, sorteando obstáculos de toda índole y guiados siempre por la claridad de propósito que inspira el bien común. Para ello, Amparo Belloch ha sabido rodearse de un grupo de profesionales excelentes que han depositado en ella su confianza. Su presidencia, durante ocho años, de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica da buena cuenta de este genio particular y carismático, siendo su alcance tan imprescindible como fecundo.

Las cifras hablan con elocuencia: se prevé que, para 2030, la salud mental será la primera causa de discapacidad en el mundo, especialmente en lo relativo a la depresión¹⁸. Esta proyección contrasta con la insuficiencia de recursos sanitarios destinados a tal fin. En España, más de una de cada diez personas adultas padece algún problema de salud mental¹⁹, y

18. WHO (2011). *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb130/b130_9-en.pdf

19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes*

entre la población general adulta, el 15% consume antidepresivos y el 19% ansiolíticos²⁰.

Baste este breve apunte para visibilizar la magnitud de lo que se ha venido nombrando aquí como problemas de salud mental. La trayectoria de la profesora Belloch tiene el sentido de una vida dedicada y comprometida con las personas que presentan un sufrimiento difícil de aprehender, con el noble cometido de contribuir a mejorar y recuperar sus vidas.

La cita con la historia del padre Jofré y la casa de Orates se ha traducido, en este tiempo nuestro, en una mejora sustancial de la comprensión pública de los trastornos mentales y en la dignificación del sufrimiento psíquico, que hoy merece ser atendido no solo con la compasión que predicaba el fraile mercedario, sino también con el rigor de una disciplina científica, forjada en la experiencia, el estudio y la pasión por entusiasmar a las nuevas generaciones de profesionales.

En este doctorado *honoris causa* por la Universidad de Sevilla le preceden nombres muy ilustres: Serge Moscovici (1993), José Luis Pinillos (1997) y Miguel Siguán (2006),

monográficos #1 - SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

20. Ministerio de Sanidad (2024). Consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes. *BDCAP 12*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

psicólogos de talla excelsa y legado extraordinario. Sin embargo, es relevante subrayar la singularidad de este reconocimiento, pues recae especialmente en el ámbito clínico de la psicología y en usted, profesora Belloch, quien, como psicóloga clínica y como mujer en los dominios de la docencia, la investigación y la asistencia, representa con nobleza y altura este oficio, que, gracias a su impulso, hoy es más necesario y luminoso que nunca.

Por último, no me resisto a mencionar ese lado riguroso de científica que combina con una cercanía entrañable su genuina vocación por formar con excelencia a quienes serán los artífices del mañana y su honda aspiración de mejorar la vida de las personas. A usted, amante de los Beatles y de Zenet, a quien todo lo humano le concierne, le dedicamos estas palabras con admiración y gratitud.

Como representantes del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de esta Universidad, nos sentimos muy orgullosos de poder afirmar que Sevilla siente un gran afecto por Amparo Belloch y por lo que representa, así como que tenemos constancia de que este afecto es recíproco.

Por todo ello, y por encarnar los valores que definen a esta institución –la excelencia académica, la vocación de servicio y el compromiso ético–, solicitamos que la Universidad de Sevilla proceda a investir el título de doctora *honoris causa* a la profesora Amparo Belloch Fuster.

Muchas gracias, querida profesora Belloch. Con este título le damos la más cálida bienvenida a nuestra comunidad académica, que hoy se ve enriquecida con su ejemplo. Agradecemos también a la Universidad de Sevilla por su reconocimiento, por acogerla como una ilustre más en la Universidad Hispalense.

Discurso de investidura de la
doctora *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,
estudiantes,
compañeros/as,
familiares y amigos/as,
muy buenos días a todos.*

Permítanme, ante todo, manifestar mi más sincero agradecimiento a los miembros del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de esta Universidad de Sevilla, por apoyar la generosa propuesta de mi nombramiento como doctora *honoris causa* que impulsaron los profesores Mercedes Borda Mas y Juan Francisco Rodríguez Testal, cuya *laudatio* excede con mucho mis posibles méritos. Agradezco igualmente a los miembros de la Junta

de Centro que en su día aprobaron la propuesta, así como al Consejo de Gobierno y a los miembros del Claustro de la Universidad de Sevilla, que en noviembre de 2022 aprobaron este nombramiento.

Ante todo, debo dejar constancia de que mis posibles méritos, acumulados durante más de 40 años de vida académica y profesional, 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. Con todos he compartido alegrías y logros, también algunas desventuras y objetivos no alcanzados, a través de la andadura difícil, a menudo ingrata, pero a la vez apasionante, que es la vida académica y profesional, siempre vinculada a un mundo cambiante y plagado de retos. Me viene aquí a la memoria 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. Mis posibles logros no son, pues, fruto de la mera experiencia, sino de lo mucho que he aprendido de la generosidad, el afecto y el empuje de tantas personas con las que vengo compartiendo la vida. Incluyo en este capítulo de agradecimientos a las personas que confiaron en mí para ayudarlas a manejar y superar sus problemas psicológicos: de ellos y ellas he aprendido lo que atesoro como más valioso de mi actividad profesional.

Pero entenderán que haga una especial mención aquí a mis familiares y, particularmente, a Miguel Perpiñá, el mejor

compañero de vida que hubiera podido siquiera imaginar cuando empezamos nuestra andadura vital allá por los años 70. 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, a nuestro hijo, Carlos, del que no puedo sentir más orgullo por tantas cosas, pero sobre todo por su valentía y enorme valía como ser humano. No solo ha tenido que soportar mis muchas ausencias en tantos momentos de su vida sin el más mínimo reproche, sino que además me ha proporcionado, junto con su pareja, Bea, la mayor de las alegrías, dando vida a mis dos preciosos nietos, Clara y Miguel. Gracias infinitas.

Para finalizar este capítulo de agradecimientos, no puedo dejar de mencionar a quienes, aunque no estén físicamente presentes hoy y aquí, siguen vivos en mi corazón y en mi mente: mis muy queridos padres y hermanos. Sin ellos, sin su amor incondicional, sin su paciencia, ayuda y comprensión, sin sus enseñanzas, sacrificio, apoyo y dedicación, sin su generosidad, nada de todo lo bueno que he aprendido y conseguido en la vida hubiera sido posible. Permítanme, pues, que les dedique a ellos este honor que hoy recibo.

Mi vinculación con la Universidad de Sevilla viene de lejos. De hecho, esta fue la primera universidad que allá por los años 80 del pasado siglo tuvo la valentía de invitarme a impartir un seminario sobre psicopatología. Desde entonces

hasta la fecha, he seguido vinculada de forma regular a esta universidad, participando en numerosos tribunales, conferencias, congresos y seminarios, al tiempo que he compartido con muchos compañeros/as algunas «aventuras» como la creación de la especialidad de Psicología Clínica, la fundación de la primera asociación española de esa especialidad, o la conformación de la Comisión Nacional de Psicología Clínica en el Ministerio de Sanidad.

La Universidad de Sevilla me pide hoy una muestra de mis saberes, dando lectura a un discurso de recepción sobre un tema libremente elegido de mi especialidad. Intentaré estar a la altura o, al menos, no defraudar en exceso las expectativas. Confieso que la tarea me ha resultado particularmente difícil, sobre todo porque me he debatido mucho 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 y con la intención de no aburrirles demasiado.

Para empezar, parece inevitable lanzar una mirada hacia atrás, aunque sea muy breve: para entender en dónde estamos, es necesario saber de dónde venimos. Vicent Andrés Estellés, el poeta valenciano, lo expresó magistralmente: «El que olvida sus orígenes, pierde su identidad».

Un poco de historia

La psicología clínica es un ámbito de desarrollo teórico-técnico y profesional, específico y particular de la psicología científica, cuyo interés radica en conocer en qué consiste y cómo se produce la pérdida de salud mental de las personas, con el objetivo último de restaurarla. Este interés es, en realidad, tan antiguo como la humanidad misma. El interés en nosotros mismos, en nuestras debilidades y logros, es inherente a la curiosidad humana. Antes de que cualquier registro del pensamiento humano se redactara en forma escrita y, por tanto, transmisible, es muy probable que las personas se hicieran preguntas fundamentales sobre ellas mismas, sus sentimientos, sus pensamientos, sus conductas, o sus relaciones con los demás, del mismo modo que sabemos que se las hicieron sobre el funcionamiento de los astros y de su mundo inmediato¹. No es, por tanto, de extrañar que, ya desde sus mismos orígenes, el interés por el funcionamiento de la mente, las emociones, los sentimientos y el comportamiento humanos –y sus alteraciones– se hallara bajo la influencia de muy diversas formas de abordar la realidad. Aun a

1. Millon, Th. y Simonsen, E. (2012). A précis of psychopathological history. En Th. Millon, R.F. Krueger y E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology* (pp. 3-52). Nueva York: Guilford Press.

riesgo de simplificar, podemos diferenciar dos de las más importantes: la *espiritual* (que incluye la moralista y la religiosa) y la *natural*, en la que se incluyen las que hoy denominamos perspectivas filosófica y científica.

Esa dualidad de abordajes entre la visión espiritual y la naturalista de las psicopatologías ha estado presente desde el inicio mismo de las especulaciones sobre ellas y ha marcado el desarrollo de los conocimientos, hasta el punto de que aún hoy encontramos señales claras de ello: el estigma que, desafortunadamente, sigue marcando a las personas con trastornos mentales, a pesar de los avances científicos, es seguramente un ejemplo palmario de ello. Las ideas de posesión demoníaca (o divina, según los casos), la locura como privación de la razón, entendida esta además como la esencia misma del ser humano, han convivido durante siglos con la búsqueda de explicaciones filosófico-científico-naturales, lo que complica sobremanera la tarea de llevar a cabo una síntesis histórica de la psicopatología. Durante siglos ambas visiones fueron complementarias, en parte porque resultaba muy difícil diferenciarlas. Pero a medida que avanzaba el conocimiento científico, el enfrentamiento entre ambas se hizo inevitable.

Paralelamente, las aproximaciones filosófica y científica se fueron distanciando cada vez más, con un predominio progresivo de la segunda, que alcanzó su máxima expresión con el surgimiento de las «nuevas ciencias», la psicología entre

ellas, a finales del siglo XIX. Es en ese contexto de las nuevas ciencias en el que surge la psicología clínica, una disciplina con vocación claramente aplicada, o, si se prefiere, traslacional, interesada por mejorar la vida y el bienestar mental de las personas, aprovechando los conocimientos y esfuerzos provenientes de la investigación psicológica. Estas nuevas ciencias se alejarán cada vez más de la mera observación pasiva de la realidad para preguntarse por las causas y razones de lo observado, con el objetivo de influir en su devenir y propiciar cambios que ayuden a mejorar la vida de las personas y, muy especialmente, su salud mental.

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 conscientes¹.

Porque los conceptos sobre las psicopatologías, enfermedades o trastornos mentales no surgen al margen de una determinada visión del mundo. Los conceptos no son neutros. No es lo mismo decir que la causa de un trastorno, o de la locura, es la posesión demoniaca (o simplemente, que la locura es una forma de posesión), que decir que se trata de una enfermedad, de un trastorno, de un comportamiento anormal, o de una actividad cognitiva desviada, anómala o

disfuncional. Detrás de cada uno de esos términos se oculta un complejo entramado de propósitos que, casi siempre, tienen como finalidad última establecer algún tipo de puente entre las creencias (pre-juicios) dominantes en un momento dado y algunos hechos.

El cambio de unos a otros pre-juicios se produce, algunas veces, merced a la *comprensión* o incluso al descubrimiento de hechos nuevos y diferentes. Pero esto no siempre sucede así. En muchos casos el cambio se produce más bien por la construcción de explicaciones más compatibles con el momento social y cultural, al que en absoluto es ajena la explicación científica². Si la sociedad idealiza o valora positivamente un modo determinado de ser, de sentir, de pensar, de expresar las emociones, de comportarse, o incluso aspectos tan aparentemente inocuos o poco relevantes como la apariencia física, la ausencia de los valores implícitos en esos modos o, incluso, su puesta en entredicho serán probablemente consideradas como impropias e inadecuadas para la imagen dominante de *persona normal, sana, y adaptada*. La consecuencia de ello es obvia: las imágenes que una sociedad, o un grupo humano dominante, posean acerca de lo que es *verdaderamente humano*

2. Magaro, P. (1976). *The construction of madness*. Londres: Pergamon Press.

y, por extensión, de lo normal y ajustado a lo que se espera de una persona o un grupo, serán imperativos inescapables a la hora de construir las imágenes de lo psicopatológico^{3,4}.

Algunas cifras actuales para situarnos

Según un documento reciente de la OMS⁵, una de cada ocho personas en el mundo tiene un trastorno mental, es decir, una alteración o anomalía considerable en su forma de pensar, de sentir, expresar y regular sus emociones o su comportamiento. Hay muchos modos a través de los cuales se expresan y manifiestan esos trastornos. Pero, a pesar de que cada vez sabemos más acerca de cómo prevenirlos y tratarlos de forma eficaz, lo cierto es que una inmensa mayoría de quienes los sufren carece de las posibilidades de acceder a una atención

3. Belloch, A. (1993). El sueño de la razón... En V. Pelechano (Comp.), *Psicología, mitopsicología y postpsicología* (pp. 167-194). Valencia: Alfaplús.

4. Belloch, A. (1997). One hundred years of clinical psychology: roots, doubts and hopes. En R. Fuller, P. Noonan-Walsh y P. McGinley (Eds.), *A Century of Psychology* (pp. 85-106). Londres: Routledge.

5. OMS (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. [Panorama general]. Ginebra: OMS. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

psicológica especializada de calidad. Según los datos de la propia OMS, por ejemplo, solo el 29% de las personas que padecen alguna forma de esquizofrenia y solo un tercio de las que sufren depresión reciben atención sanitaria especializada en el sistema de salud formal. Pero, además, quienes padecen trastornos mentales también requieren apoyo social, en particular para desarrollar y mantener relaciones personales, familiares y sociales estables y de calidad, que prevengan o amortigüen las recaídas. También suelen necesitar apoyo en ámbitos tan dispares como el educativo, el laboral, el de vivienda o el de participación en actividades significativas de su entorno.

Uno de los problemas más acuciantes asociados con la salud mental es, sin duda, el suicidio. Según el informe de la OMS de marzo de este año, cada año más de 720 000 personas fallecen por suicidio, que, además, es la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años. El 73% de los suicidios ocurre en países de ingresos bajos y medianos y, en España, es la primera causa de muerte no natural. La tasa media anual es de $8,1 \times 100\,000$ habitantes, una tasa que va en aumento en los últimos años y que, en el caso de los hombres, duplica a la de las mujeres ($13 \times 100\,000$, frente a $5 \times 100\,000$, respectivamente).

Las causas del suicidio son múltiples, pues incluyen factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. Sabemos que ciertas circunstancias y acontecimientos

vitales aumentan las probabilidades de suicidio: guerras y catástrofes naturales, emigración forzosa, exposición a violencia y abusos, pérdidas afectivas significativas (de seres queridos, pero también de estatus social o laboral), o el pertenecer a grupos vulnerables y/o discriminados social o económicamente (refugiados, migrantes, LGTBIQ+, reclusos, etc.). En otros casos la conducta suicida se produce de forma impulsiva en situaciones de crisis, cuando la persona no se siente capaz de afrontar situaciones muy estresantes, como problemas económicos, aislamiento social, conflictos de pareja, o enfermedades médicas y dolores crónicos. Pero, por desgracia, el hecho de padecer un trastorno mental es, con diferencia, la causa más importante de suicidio. Los trastornos mentales que registran las mayores tasas se producen en personas con trastornos del humor (depresión y trastorno bipolar), esquizofrenia, alcoholismo, dismorfia⁶, y algunos trastornos de personalidad, como el Límite y el Antisocial⁵. A todas estas cifras se suman las a menudo elevadas tasas de mortalidad producidas por complicaciones de un trastorno mental: las de la conducta alimentaria son un ejemplo palmario de ello.

6. Rodríguez-Testal, J.F., Senín-Calderón, C. y Belloch, A. (2024). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal. En R. Penadés, J. López-Santiago y A. Belloch (Coords.), *Manual de tratamientos en psicología clínica* (pp. 323-350). Madrid: McGraw Hill.

En definitiva, tener un trastorno mental es, seguramente, el mayor problema de salud pública de sociedades como la nuestra. En las últimas cinco décadas hemos avanzado mucho más en la comprensión y el tratamiento de estos trastornos que en las cinco precedentes del siglo pasado. El desarrollo y los logros producidos en las ciencias de la salud han contribuido de forma notable a esos avances. En el caso de la psicología clínica los avances han sido particularmente relevantes en las tres disciplinas en que se sustenta la psicología clínica: psicopatología, evaluación y diagnóstico, y psicoterapia.

Resumiré a continuación algunos de los avances y aportaciones de la psicología clínica a la comprensión y el abordaje de los trastornos mentales.

Avances y aportaciones de la psicología clínica

En 2009⁷, tuve el privilegio de participar en la elaboración del programa formativo oficial de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica. En el preámbulo del programa se indica que el objetivo prioritario de la Psicología Clínica es evaluar,

7. Programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica (2009). Ministerio de Sanidad y Política Social, Orden SAS/1620/2009, BOE n.º 146, 17 de junio 2009.

diagnosticar, prevenir y tratar los trastornos y disfunciones mentales, del comportamiento, emocionales, cognitivos y relacionales de las personas. La salud y la enfermedad se conceptúan como procesos complejos en los que intervienen, en distintos momentos y en diferentes niveles causales, factores psicológicos, sociales, ambientales y biológicos. La persona es considerada como un agente activo, tanto en los procesos de salud como en los de enfermedad. La salud se concibe como el mejor nivel posible de equilibrio, ajuste y desarrollo bio-psico-social de cada individuo. La Psicología Clínica es, en este sentido, pionera en considerar los procesos de salud-enfermedad en términos de *redes complejas de interacción*. Ello le ha permitido establecer nuevos marcos de trabajo desde los que aportar soluciones comprensivas frente a problemas que, como los que afectan a la salud humana, están multi-determinados⁵.

La moderna biología de sistemas asume los mencionados modelos de redes y constituye un reto muy importante para los criterios biológicos reduccionistas, no solo en el ámbito de la salud mental, sino también en el de la salud «física». Un aspecto nuclear de esos modelos es la idea de que los síntomas de cualquier trastorno o enfermedad están conectados entre sí de forma *causal* a través de una amplia variedad de mecanismos biológicos, psicológicos y sociales. Si esas relaciones causales son lo suficientemente potentes y estables, los

síntomas pueden provocar, a su vez, un alto grado de retroalimentación, que los hace autónomos^{8,9}.

Los modelos de redes constituyen, a día de hoy, la alternativa más potente y útil de que dispone la psicopatología, disciplina base de la psicología clínica, para comprender y abordar la investigación de los problemas y trastornos mentales y, como consecuencia, su evaluación, diagnóstico y tratamiento. Estos modelos no hubieran sido posibles sin los desarrollos conceptuales y las aportaciones empíricas de la psicopatología basada en procesos, ámbito al que he dedicado una parte sustancial de mi trabajo académico desde finales de los años 90 del pasado siglo¹⁰.

Hasta la irrupción, reciente, de los modelos de redes, la mayor parte de la investigación en psicopatología estaba dominada por una focalización en trastornos concretos, especialmente, pero no solo, desde el enfoque cognitivo-conductual: es decir, depresión, TOC, TEPT, esquizofrenias,

8. Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*. 16, 5-13.

9. Borsboom D. y Cramer, A.O. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.

10. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Dirs.) (1995). *Manual de psicopatología* (vols. I y II). Madrid: McGraw-Hill Interamericana (última edición: 2024)

fobias, ansiedad generalizada, etc. Este enfoque ha sido sin ninguna duda muy útil para comprender, evaluar y tratar una amplia gama de trastornos psicológicos¹¹ y es la base en la que se sustentan actualmente la mayor parte de las psicoterapias que cuentan con sustancial apoyo y evidencia empírica. Pero hay que reconocer que este modo de abordar las psicopatologías, centrado en trastornos concretos, demostraba una y otra vez notables similitudes en los procesos cognitivos, emocionales, relacionales y conductuales de esos trastornos. En este contexto, parecía inevitable ampliar la perspectiva desde un enfoque centrado en el trastorno hacia otro transversal o transdiagnóstico¹².

El enfoque transdiagnóstico busca desentrañar las variables y procesos que subyacen a trastornos aparentemente distintos que juegan un papel mediador, causal, en su génesis y mantenimiento¹³. Hoy sabemos que una importante cantidad

11. Clark, D.M. y Fairburn, C.G. (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.

12. Harvey, A.G., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive-behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.

13. Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.

de variables, de naturaleza diversa, como la intolerancia a la incertidumbre, los pensamientos negativos repetitivos, los sesgos de interpretación de la realidad, ciertas creencias nucleares disfuncionales, la evitación, el perfeccionismo, o la atención autofocalizada, entre otras, están en la base de, y explican, una amplia gama de síntomas de trastornos y problemas mentales que, en apariencia, son considerados diferentes en las nosologías psiquiátricas tradicionales. En consecuencia, el abordaje terapéutico de esos trastornos debe valorar la presencia e impacto de esas variables trans-diagnósticas para integrarlas en los programas de tratamiento psicológico.

Esta ampliación de la perspectiva sobre las psicopatologías no surge en el vacío. Es en gran medida deudora de un principio conceptual propio de la psicología científica: la noción de que 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. Las personas transitamos a lo largo de esas dimensiones en función del concurso de un conjunto amplio de variables tanto internas (p.ej., características de personalidad, vulnerabilidad biológica, enfermedades médicas, creencias, etc.) como externas (condiciones de vida, exposición a estresores sociales, laborales, relacionales, etc.). Adoptar una perspectiva dimensional que va desde la normalidad a la patología permite entender mejor no solo las habituales relaciones

de comorbilidad entre trastornos sintomáticamente distintos, sino además el trasvase que se produce de unos a otros en una misma persona a lo largo del tiempo. Sabemos que, en el ámbito de las psicopatologías, la comorbilidad es la norma y no la excepción, pues se produce en torno al 80 % de los casos. Y sabemos también que, a menudo, dentro de una misma categoría diagnóstica, los pacientes transitan, por así decirlo, de un trastorno a otro: los trastornos alimentarios son un ejemplo palmario de ello, pero no el único.

En suma, la perspectiva transdiagnóstica de la psicopatología difiere conceptualmente de los enfoques tradicionales de diagnóstico psiquiátrico, basados en un enfoque categorial *a more botanica*. Ese enfoque es cada vez más cuestionado a medida que se acumulan evidencias de que trastornos mentales en apariencia distintos, como la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, los del espectro obsesivo-compulsivo, la esquizofrenia, los de la conducta alimentaria, o el trastorno bipolar, presentan muchas similitudes entre sí, a la vez que sus límites con la normalidad son difusos e incluso imperceptibles en no pocas ocasiones.

La idea de transversalidad se aplica también a los modernos enfoques de la psicoterapia. La psicología clínica ha desarrollado a lo largo de su historia modelos y marcos de tratamiento para los trastornos mentales diferentes a los empleados por otras disciplinas, particularmente los de la psiquiatría. Y esto

no es de extrañar si tenemos en cuenta que la psicoterapia, en sus diferentes y variadas formas y formatos, se ha desarrollado en el marco de la ciencia psicológica, distinto al biomédico propio de la psiquiatría. Sigmund Freud lo expresó con claridad: «Lo que diferencia a la psicoterapia de otras intervenciones es que se vale de recursos y estrategias anclados en la ciencia psicológica para ayudar a manejar y aliviar el sufrimiento mental».

Desde distintos enfoques y modelos conceptuales, la psicología clínica ha desarrollado un modo propio de abordar el tratamiento de los trastornos mentales que ha demostrado eficacia, eficiencia y efectividad. Los primeros datos relevantes sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos provienen de metaanálisis publicados en los años setenta¹⁴: concluían que los tratamientos psicológicos, tomados en conjunto, eran eficaces, con un tamaño medio del efecto de 0,80. Pero probablemente el avance más importante que consolidó el estudio y difusión de los tratamientos psicológicos eficaces fue la creación en 1995 por la American Psychological Association (APA) de la *Task Force of Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, que tuvo como principal

14. Smith, M.L. y Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *The American Psychologist*, 32(9), 752-760.

resultado la publicación de unos criterios que permitieron elaborar un listado de tratamientos empíricamente validados para diferentes trastornos mentales. Ese primer listado de tratamientos eficaces estaba representado mayoritariamente por tratamientos cognitivo-conductuales, entre los que se incluían, por ejemplo, la EPR para la mayor parte de problemas de ansiedad, o los tratamientos cognitivos derivados de los planteamientos de Aaron T. Beck y Albert Ellis para los trastornos depresivos y los de la personalidad¹⁵.

Con el tiempo, la lista de tratamientos eficaces se ha ido ampliando de manera notable: por poner un ejemplo, para el tratamiento de la depresión, actualmente se contemplan como eficaces, 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 suma, la psicoterapia, parte imprescindible de la psicología clínica, viene demostrando desde hace ya más de medio siglo su efectividad, o si se prefiere, su utilidad, para el tratamiento de los trastornos mentales, mediante una relativamente amplia gama de estrategias y técnicas científicamente fundadas. La APA, en un

15. López-Santiago, J., Penadés Rubio, R. y Belloch Fuster, A. (2024). La práctica basada en pruebas en psicología clínica. En R. Penadés, J. López-Santiago y A. Belloch (Coords.), *Manual de tratamientos en psicología clínica* (pp. 13-31). Madrid: McGraw Hill.

artículo sobre la eficacia de la psicoterapia¹⁶, concluía que «la psicoterapia es efectiva y altamente rentable. En los ensayos controlados y en la práctica clínica, la psicoterapia obtiene beneficios que superan notablemente a los experimentados por las personas que no reciben psicoterapia. En consecuencia, la psicoterapia debe incluirse en el sistema de atención sanitaria como una práctica establecida basada en pruebas» (p. 104).

Muchos de los procedimientos propios de la psicoterapia comparten principios teóricos y estrategias técnicas, razón por la que se ha criticado la proliferación de «psicoterapias» aparentemente diferentes, que han dado lugar a disputas interminables entre los defensores de una u otra opción, que en muchos casos confunden a los posibles destinatarios y a los mismos profesionales. Pomerantz¹⁷ lo expresó con mucha claridad: «Los manuales y libros de texto actuales sobre psicoterapia incluyen varios capítulos sobre distintos enfoques, y cada capítulo presenta un espectro completo de variaciones más específicas».

Ante este panorama, resulta ineludible que la psicología clínica redoble esfuerzos para que los distintos modelos y enfoques de psicoterapia proporcionen explicación y

16. American *Psychological Association*. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102-109.

17. Pomerantz, A.M. (2017). *Clinical Psychology: Science, practice, and culture*. (4th ed.). Los Ángeles: Sage.

justificación razonadas de los cambios que se producen en el transcurso del tratamiento. Y que lo haga sobre la base de hipótesis previas, claramente formuladas, así como de la investigación empírica que de ellas se derive.

Lo cierto es que en eso mismo está hoy plenamente involucrada. La búsqueda de principios comunes e integración es hoy un ámbito de investigación primordial para la psicoterapia: su objetivo prioritario radica en identificar los factores, principios y/o procesos por los que produce los cambios deseados, previstos, y acordados con los pacientes, independientemente de las técnicas y los procedimientos en que se sustenten, tarea a la que han dedicado buena parte de su actividad asistencial e investigadora personas como Héctor Fernández-Álvarez, maestro y amigo de muchos de nosotros¹⁸. Esto es lo que hoy se denomina la perspectiva transteórica e integrativa de la psicoterapia. En palabras de Lutz y Rief¹⁹, «ha llegado el momento de desarrollar conceptos transteóricos, amplios y científicamente respaldados, para la formación clínica y la práctica de la terapia psicológica». En

18. Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

19. Lutz, W. y Rief, W. (2024). Transtheoretical psychological therapy: Perspectives for clinical training and practice. *Clinical Psychology in Europe*, 6 (special issue). e13891.

consecuencia, la selección de técnicas y estrategias específicas debe estar supeditada a las necesidades y objetivos de los consultantes, y no a una escuela o modelo concretos de psicoterapia. Entre otras cosas, ello exige ampliar los programas formativos de los futuros psicólogos/as clínicos/as y abandonar, de una vez por todas, las discusiones y debates estériles sobre la preeminencia de una u otra escuela o enfoque de psicoterapia para la mayoría, cuando no la totalidad, de los trastornos mentales o psicológicos.

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» (cognitivo, conductual, psicodinámico, sistémico, o de cualquier otro tipo) hacia un enfoque de trans-tratamiento, comprensivo y científicamente fundado. A modo de ejemplo, se han identificado al menos cinco principios de cambio que operan en diferentes enfoques de psicoterapia²⁰. Se trata de los siguientes: 1) fomentar la esperanza, las expectativas positivas y la motivación; 2) facilitar la alianza terapéutica y atender a sus posibles rupturas; 3) aumentar la conciencia y la perspicacia del paciente, es decir, la conciencia de las

20. Castonguay, L.G., Constantino, M.J. y Beutler, L.E. (Eds.) (2019). *Principles of Change: How Psychotherapists Implement Research in Practice*. Oxford: Oxford Academic.

conexiones entre pensamientos, sentimientos, necesidades, y acciones; 4) fomentar las experiencias correctivas, o lo que es igual, animar a los pacientes a asumir riesgos y poner en marcha nuevos comportamientos que conduzcan a un cambio en las cogniciones y emociones; y 5) insistir en la comprobación continua de la realidad, ayudando a los pacientes a procesar las experiencias correctivas y a consolidar los cambios positivos, recalibrando sus expectativas y su visión de sí mismos para que estén en consonancia con su nueva realidad.

La investigación sobre estos principios no excluye, sino que complementa, la necesidad de seguir desarrollando estrategias, técnicas y procedimientos anclados en la investigación psicológica para un problema o trastorno particular. Lo que se quiere decir es que, además de aplicar el mejor tratamiento disponible para un trastorno o problema específico (ya sea conductual, cognitivo, dialéctico, sistémico, o de cualquier otro tipo), es imperativo tener en cuenta que cualquier técnica, guía o protocolo específico de tratamiento que no tenga en cuenta principios como los mencionados estará prácticamente abocado al fracaso. Una publicación reciente, conocida como la «Declaración de Marburg»²¹, firmada por

21. Rief, W., Asmundson, G.J.G., Bryant, R.A., Clark, D.M., Ehlers, A., Holmes, E.A., McNally, R.J., Neufeld, C.B., Wilhelm, S., Jaroszewski, A.C., Berg, M., Haberkamp, A., Hofmann, S.G. y

más de 20 expertos en psicoterapia, incluye, entre sus 8 principios y recomendaciones fundamentales para avanzar en psicoterapia, el desarrollo de marcos de referencia y lenguaje comunes para las intervenciones psicológicas.

Para terminar este apartado, me parece necesario hacer una mención a un aspecto al que no se le suele dedicar espacio en los programas formativos ni en la práctica profesional de la psicología clínica: no todos los problemas que aquejan a las personas son explicables desde los parámetros de la psicología clínica y, por lo tanto, su resolución no pasa por la psicoterapia como instrumento prioritario. Sabemos que los factores que se engloban bajo el paraguas de «determinantes sociales de la salud» (DSS) inciden de forma directa en la salud mental (y física) de las personas. Los DSS incluyen una variada gama de condiciones ambientales, sociales, económicas, culturales, educativas, laborales, biológicas, de seguridad, de género, y de disponibilidad y acceso a los servicios de salud. Un estudio reciente del Ministerio de Sanidad²² revela que el 26% de los problemas

PsyChange consortium (2024). The future of psychological treatments: The Marburg Declaration. *Clinical Psychology Review*, 110, 102417.

22. Ministerio de Sanidad (2025). *Trabajo y salud mental. Hoja de ruta para las administraciones sanitarias en España*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. <https://cpage.mpr.gob.es>

de salud mental en la población trabajadora de España se puede atribuir a condiciones laborales adversas, como falta de control sobre el trabajo, exigencias excesivas, inseguridad, o falta de apoyo.

La psicología clínica está obligada a tener en cuenta esos determinantes al emprender un proceso evaluativo, diagnóstico, o de psicoterapia, cuyos objetivos y finalidad sean mejorar o restablecer el equilibrio y la salud mental. Pero no puede confundir sus objetivos, ni menos aún su alcance, con la intervención directa sobre tales determinantes. Héctor Fernández-Álvarez¹⁷ lo expresó con claridad: «No buscamos recomponer a las personas hasta alcanzar formas ideales, y sabemos que la posibilidad de obtener ciertos logros en su vida... 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 (...)» (p. 301).

Ello no excluye la necesidad de realizar adaptaciones culturales, tanto de los procedimientos y métodos de evaluación y diagnóstico, como de los psicoterapéuticos. El reto está en encontrar el necesario equilibrio entre los principios basados en la evidencia y la provisión de intervenciones inclusivas, es

decir, diseñadas para todas las personas que las necesiten, y que sean sensibles a los valores culturales, el estatus socio-económico, el género, el lenguaje, la etnia, y las creencias y valores morales y religiosos²⁰. El precio que habrá que pagar si no se hacen esfuerzos en esa dirección se traducirá en un aumento de la inequidad en el acceso a una atención de calidad a la salud mental.

En suma, la psicología clínica y, con ella, la psicoterapia, no es omnímoda. 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 que no podemos pasar por alto. Como cualquier otro procedimiento que depende del progreso científico, estamos todavía muy lejos de conocer todas las respuestas y de disponer de los mejores procedimientos que nos permitan aliviar eficazmente el malestar y el sufrimiento psicológico de las personas. Ciertamente es que hemos avanzado mucho, pero el camino que todavía queda por recorrer es mucho más largo y, seguramente, más abrupto de lo que nos gustaría. Reconocer nuestras limitaciones y, obviamente, también nuestros fracasos forma también parte de nuestra actividad científico-profesional.

Retos y dificultades pendientes

Junto a lo anterior, la psicología clínica tiene por delante otros retos que requieren atención y búsqueda de soluciones. Mencionaré los que, a mi parecer, son más acuciantes. El primero de ellos 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, tanto en el ámbito de la práctica como en el de la investigación.

Un 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, especialmente en el ámbito de la psicoterapia, no son pocas las personas que «adoptan» como «psicoterapeuta» un programa generado por IA, como el famoso ChatGPT, que actúa a modo de muñeco parlanchín que, en el mejor de los casos, únicamente tiene un efecto placebo pasajero y que, como después mencionaré, se debe incluir en el grupo de las pseudoterapias. Afortunadamente, otros desarrollos son mucho más esperanzadores y útiles. Algunos ejemplos: la generación de

entornos virtuales para facilitar la exposición a situaciones o contextos problemáticos, los programas interactivos mediante aplicaciones (*apps*) para teléfonos inteligentes y los denominados *serious games*, que ofrecen múltiples posibilidades: lucha contra el estigma, promover el conocimiento de los trastornos mentales, identificar los estados de ánimo negativos para ayudar a superarlos, cuestionar creencias disfuncionales que están en la base de muchos trastornos mentales, programas de tratamiento manualizados a través de internet con la asistencia de un psicoterapeuta entrenado que abren el acceso a psicoterapias de calidad para muchas personas, etc. En muchas universidades y hospitales del SNS de España, se están realizando aportaciones muy importantes en este sentido.

La «batalla» contra la proliferación de pseudoterapias es el tercer reto al que me voy a referir, haciéndome eco del planteamiento muy reciente de la European Association of Clinical Psychology and Psychological Treatment²³. «Es fundamental garantizar que la atención a la salud mental se base en evidencia científica rigurosa. La

23. Martin-Soelch, C., Bockting, C., Breedvelt, J., Frostholm, L., Heinrichs, N., Hirsch, C., Popiel, A., & Rief, W. (2025). EACLIPST Statement on the Importance of Science and Evidence-Based Treatment for Mental Health. *Clinical Psychology in Europe*, 7(2), 1-2.

difusión de información falsa o engañosa puede llevar a las personas a buscar alternativas no probadas o perjudiciales (...). Esto es especialmente preocupante en el caso de los trastornos mentales, donde la complejidad de las afecciones y los tratamientos dificulta la identificación de tratamientos sólidos y basados en la evidencia. La desinformación puede exacerbar estas dificultades (...). En consecuencia, los pacientes pueden tener dificultades para acceder a una atención eficaz, y los profesionales sanitarios pueden enfrentarse a obstáculos para brindar información y apoyo precisos. 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 (...). También preocupa profundamente el impacto de la actual situación geopolítica mundial en la salud mental de las personas. 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. Exigimos un compromiso renovado con la ciencia y el bienestar de las personas afectadas por problemas de salud mental. Juntos, podemos garantizar que la atención de la salud mental siga siendo eficaz, compasiva y basada en la mejor evidencia disponible». Nada que añadir.

Vinculado con todo lo antedicho, una de las principales dificultades a las que, en mi opinión, se enfrentan hoy los y las profesionales de la psicología clínica en España es la falta de profesionales cualificados en nuestro sistema de salud, con el consiguiente problema para acceder a tratamientos eficaces y, una vez allí, ajustarse de forma razonable a los protocolos y guías de tratamiento basados en la evidencia, es decir, disponer de agendas propias que permitan la provisión eficaz de psicoterapia.

La superación de este problema 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, aunque ya haya transcurrido más de un cuarto de siglo desde la creación oficial de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica en 1998: me refiero a la implantación de esta especialidad en todo el SNS. En mi opinión, este logro que tanto costó conseguir está viéndose amenazado, merced a decisiones desafortunadas de algunas administraciones sanitarias, en ocasiones fomentadas por el desinterés (cuando no el desconocimiento) de algunas organizaciones profesionales y académicas de la psicología. 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. Y, recordando al genial poeta sevillano, Antonio Machado, *Caminante no hay camino, se hace*

camino al andar. Como es natural, superar los retos y problemas requiere también del compromiso real de quienes nos gobiernan, compromiso que por desgracia acaba quedando muchas veces en declaraciones bienintencionadas, pero claramente insuficientes.

En todo caso, creo sinceramente que el futuro de la psicología clínica es espléndido. Como dijo mi admirado Alan Turing: «Podemos ver solo un poco de lo que nos depara el mañana, pero lo que vemos es suficiente para que merezca la pena trabajar».

Muchas gracias.

Contenido

<i>Laudatio</i> a cargo de los profesores Mercedes Borda Mas y Juan Francisco Rodríguez Testal	7
Discurso de investidura de la doctora <i>honoris causa</i> Prof. ^a Dra. Amparo Belloch Fuster	25

