

VIII XORNADAS GALEGAS DE PSICOLOXÍA CLÍNICA.

“Psicología Clínica: Recoñecemento Social E Novos Retos”.

Vigo, 28 e 29 de novembro, 2003

COMUNICACIÓN: LA EVOLUCIÓN DE LA PSICOLOGÍA (CLÍNICA): QUIENES SOMOS, DE DONDE VENIMOS, A DONDE VAMOS.

José Antonio Muñiz Torrado,
Gabinete de Psicología Karma,
mutorrado@mundo-r.com

INTRODUCCIÓN

Las personas que estudian las costumbres del hombre en la Prehistoria describen un fenómeno que denominan **agregaciones**, y que consistía en que los grupos tribales de una zona más o menos amplia enviaban periódicamente a determinados representantes del grupo para reunirse con los de otros grupos. En estas agrupaciones compartían ideas, utensilios y técnicas, se realizaban intercambios técnicos y culturales que acababan enriqueciendo a todas las tribus participantes: auténticos congresos, a mi modo de ver... Parece ser que este fenómeno se daba con más frecuencia cuando el clima empeoraba, por eso los estudiosos relacionan este fenómeno con su utilidad para incrementar las posibilidades de supervivencia.

Pasaron por medio un buen puñado de años y aquí seguimos los psicólogos de las más diversas tribus, intercambiando nuestra cultura psicológica. Podría ser que, después de todo, las cosas no hayan cambiado tanto desde entonces.

Hago esta introducción porque lo que he escrito para la ocasión trata (como otros trabajos que se presentaron) de la creación de títulos de especialidades y de la acotación de territorios de “explotación”, y tiene mucho que ver con la adaptación al medio y con la supervivencia profesional a nivel individual y tribal. No obstante debo avisaros de inmediato que no vengo a hablar de herramientas, ni utensilios de ninguna clase: solamente son unas reflexiones en voz alta que dudo mucho le vayan a servir a nadie para sobrevivir. Por supuesto, son sólo opiniones personales que no pretenden representar a ningún colectivo.

ACERCA DE LA EXTENSIÓN DEL OBJETO DE LA PSICOLOGÍA (CLÍNICA).

Históricamente, la aparición de la Psicología tiene lugar cuando determinadas personas de otros campos científicos ya existentes en el panorama de la época **fijan su foco de interés** en aspectos de la realidad que las otras no habían desarrollado, y **se hacen preguntas** que hasta el momento no habían sido formuladas por otras disciplinas. Su evolución no se quedó en el planteamiento de nuevas preguntas sino que también **pretendió dar respuestas** a otras que hasta ese momento no habían sido satisfechas desde otras perspectivas.

Así comienza a tomar forma una nueva rama, una especialización del árbol de la ciencia; conforme brota, se dibuja cada vez más nítida en el horizonte científico, hasta que en cierto momento alguien le pone nombre. Entre unas cosas y otras, acabamos cercando un territorio propio en el campo de las ciencias.

Esta evolución todavía continúa, y actualmente el campo de la Psicología sigue creciendo y los fenómenos objeto de estudio se expanden hasta hacerse infinitos a efectos prácticos: cualquier aspecto de la vida humana tiene su faceta psicológica, es susceptible de ser analizado desde nuestro foco de observación: no en vano se define como el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos.

De forma paralela a esta diferenciación del árbol general se fue dando una **concreción interna**, una distinción de ámbitos que implica la subdivisión en parcelas de actuación (y que a su vez siguen enmarcados dentro del territorio general cercado por la Psicología). Una de estas demarcaciones territoriales correspondió (cuando alguien le puso nombre) a la **Psicología Clínica**, entrecruzada y solapada a su vez con las otras parcelas de la Psicología.

Y del mismo modo que se fue expandiendo el foco de la Psicología, también el de la Psicología Clínica, hasta el punto que cualquier aspecto de la vida humana puede llegar a ser considerado como psico(pato)lógico: por mucho que se pretenda distinguir entre problemas “normales” y alteraciones “clínicamente significativas”, el resultado práctico es una **sobreexpansión** del territorio propio de la Psicología Clínica, pudiendo abarcar, al menos:

-Procesos normales “recalificados” como patológicos: podemos ser requeridos por los usuarios para resolver problemas que, de no ser por nuestra existencia, no serían considerados como tales problemas psico(pato)lógicos y podrían ser abordados con sus propios recursos o los de su red natural. No es ninguna bagatela pararse a considerar **dónde se pone el límite** entre lo normal y lo patológico (que se lo digan a las empresas farmacéuticas, para las que la colocación del límite un poco más allá o un poco más acá supone muchos millones de facturación). En lo que a nosotros incumbe asistimos a un proceso en el que las listas de trastornos psicopatológicos son cada vez más largas: esto se puede ver como un mayor afinamiento en los sistemas diagnósticos y una respuesta lógica a la aparición de fenómenos modernos o como un ensanchamiento de los territorios de caza (o a las dos cosas, entre otras).

Por supuesto, la responsabilidad de este hecho no es exclusiva del psicólogo clínico, porque en los tiempos que corren cuesta aceptar que el sufrimiento es parte de la existencia humana, y la sociedad está dispuesta a consumir cualquier servicio que prometa un paso más hacia la felicidad.

-Psicopatologización de problemas no psicológicos: la pobreza, el paro, las desigualdades sociales, la discriminación sexual, la delincuencia, etc son problemas que deberían ser resueltos en otro nivel social, pues requieren soluciones que no están en nuestra mano. Pero en vez de buscar la solución en el nivel adecuado (o ante la imposibilidad de ser solucionados en ese nivel) se nos adjudica a nosotros la solución de las secuelas psicopatológicas a que dichos problemas dan lugar (Fernández y Cabero, 1992).

Por supuesto, la responsabilidad de este otro hecho tampoco es exclusiva del psicólogo clínico: para otros elementos del sistema social somos una forma de ocultar el fracaso de sus funciones o una forma más o menos práctica de paliar desgracias que permitan mantener el sistema tal como está a través de la corrección de la “desviación”, y para nuestros usuarios significa el alivio para una parte de sus males.

Por supuesto, además de éstos la Psicología Clínica se ocupa también de asuntos más indiscutiblemente psicopatológicos; y la responsabilidad tampoco en este caso es exclusiva del psicólogo clínico, puesto que nuestro desarrollo tiene lugar en una sociedad que, a estas alturas, necesita de nuestros servicios.

Aunque pudiera parecerlo, no estoy insinuando que mejor sería que nos extinguiéramos, ni pongo en duda que nuestros servicios sean provechosos a las personas, sino que un balance positivo no es el único resultado posible. A menudo nos olvidamos de los **potenciales efectos iatrogénicos** de nuestras actuaciones:

-Cuando (como grupo profesional) propiciamos la consideración de un fenómeno como psicopatológico, podemos contribuir a generar una serie de significados y atribuciones asociadas que para el usuario, finalmente, suponen el **secuestro de su propia experiencia** personal (Giddens, 1997), una suerte de enajenación de dicha experiencia a manos del profesional, que a menudo se convierte en sentimientos de incapacidad, enfermedad o minusvalía.

-Esta delegación de cuidados en manos de los expertos (que no es exclusiva de la psicología -Giddens la presenta como un rasgo definitorio de la modernidad-) puede implicar la renuncia -al menos temporal y parcialmente- a la responsabilidad y control interno de su conducta y un efecto negativo sobre la **generación de recursos propios**.

-Cuando además ponemos nombre a los fenómenos estudiados (**etiquetas diagnósticas**), éstas acaban funcionando como auténticos prejuicios sociales, que llevan asociadas determinadas respuestas automáticas. Con demasiada frecuencia, la etiqueta diagnóstica funciona como una sábana debajo de la cual desaparece la persona.

Respecto a nosotros la sociedad se encuentra en un punto de no retorno y, para bien o para mal, es difícil imaginarse un mundo sin psicólogos clínicos. Lo que nos queda es desarrollar nuestro trabajo con la doble filosofía de **no empeorar las cosas** (*primum non nocere*), y de ser **útiles** a los usuarios. **Y esa sí es nuestra responsabilidad**, de modo que podemos buscar el reconocimiento social siendo útiles en los campos en que participemos: solamente esto hará que nuestra profesión sobreviva.

No estaría de más considerar nuestras **limitaciones y potenciales efectos negativos** a la hora de realizar nuestro trabajo, y desayunar todos los días una buena ración de humildad. A ello puede ayudar pegar un vistazo a las investigaciones publicadas, y pensar que las personas cambian, a veces con nuestra ayuda, otras veces sin nuestra ayuda y otras incluso a pesar de nuestra ayuda.

ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE NUESTRO TRABAJO.

En una excelente revisión sobre los hallazgos en el campo de la **investigación de resultados en psicoterapia** (Burgaleta y Rodríguez-Arias, 2003) se mencionan, entre otros, los siguientes datos (que no hechos):

-Desde que en 1952 Eysenck puso en duda la eficacia de la psicoterapia se realizaron

numerosos estudios que encontraron que la psicoterapia en general es más eficaz que la remisión espontánea, y se cifra en torno al 70% (APA, 1982; Feixas y Miró, 1993; Lambert, 1986; Smith, Glass y Miller, 1980; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; etc...).

-También se ha encontrado que la eficacia de la psicoterapia es mayor que los tratamientos placebo (Blanchard y Andrasik, 1982; Lambert, 1991; Lambert y Bergin, 1992; etc...), y una mayor estabilidad en el tiempo de los resultados obtenidos a través de una terapia exitosa (Hubble, Duncan y Miller, 1999; Nicholson y Berman, 1983; etc...).

Pero además de éstos se mencionan resultados que apuntan en otras direcciones, con lo cual, y a pesar de que comúnmente se acepta la eficacia de la psicoterapia, podemos concluir con los autores que esto "...no supone el fin de la polémica. Cualquier psicoterapeuta puede creer que la eficacia de la psicoterapia no se ha demostrado suficientemente, que hay que seguir afinando los instrumentos de medida y que los procedimientos experimentales tienen que mejorar y que hay que tomar posiciones críticas para estimular mayores cotas de desarrollo de la psicoterapia" (p. 17).

Si somos una ciencia en busca de reconocimiento social debemos prestarnos a las reglas del juego, y comprobar el resultado y la utilidad de lo que hacemos, tanto en el área de la psicoterapia como en lo referente a otros contextos donde desarrollemos nuestras funciones. **Y esto sigue siendo nuestra responsabilidad.**

ACERCA DE LAS DIFERENTES FILOSOFÍAS QUE CONLLEVAN DIFERENTES PUESTAS EN ESCENA.

Respecto a los instrumentos y procedimientos que utilizamos en el desarrollo de nuestro trabajo, no se puede hablar de regularidad ni homogeneidad, sino que distintos profesionales tienen distintos modos de entender y poner en práctica la Psicología Clínica, lo que da lugar a las distintas “tribus” de psicólogos clínicos.

Aunque la adecuación al contexto de trabajo implica a menudo el uso de procedimientos característicos, es la adhesión a determinados modelos terapéuticos el criterio más habitual para establecer las mayores distinciones entre unas y otras formas de hacer: los métodos psicodiagnósticos, los modelos psicopatológicos y los procedimientos terapéuticos implican prácticas que nos hacen diferentes.

Las investigaciones realizadas hasta el momento **no han encontrado resultados que muestren la superioridad de unos métodos sobre otros**. En este sentido, tanto la mencionada revisión de Burgaleta y Rodríguez-Arias como la de Botella, Pacheco, Herrero y Corbella (2002) enumeran multitud de estudios (algunos de ellos metaanálisis, en los que se llegan a analizar hasta 130 modelos teóricos) que concluyen que ningún modelo teórico supera a los demás en términos genéricos (Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky et al., 1975; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, y Whipple, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980; Stiles, Shapiro, y Elliott, 1986; Castonguay et al., 1996; Miller, Duncan, y Hubble, 1997; Wampold et al., 1997).

Hay investigadores que todavía siguen creyendo que existen diferencias en la eficacia de los modelos, y que éstas son debidas a las **técnicas específicas** que se utilizan. Otros, en cambio, llegan a la conclusión de que, a pesar de las pretendidas diferencias en cuanto a ingredientes activos, todas las formas de psicoterapia que han demostrado su eficacia funcionan debido sobre todo a los **factores comunes** a todas ellas: en esta línea, otro estudio mencionado en las revisiones citadas, Lambert (1986,1992) señala los siguientes factores que explican el cambio terapéutico en la siguiente proporción:

-factores extraterapéuticos	40%
-efecto placebo	15%
-técnicas específicas	15%
-factores comunes	30%

datos que deberían animar a prestar más atención a los aspectos comunes y no a las distinciones entre unos modelos y otros.

Tomados en su conjunto, estos resultados nos obligan por un lado a seguir investigando y por otro a ser exquisitamente respetuosos con los profesionales que utilizan procedimientos diferentes a los nuestros. Mientras no haya datos claros a favor de unos métodos en detrimento de otros una **actitud responsable** será mantener la riqueza y diversidad de los procedimientos actuales: uno puede apasionarse con sus propios métodos de trabajo sin que ello signifique descalificar los de otros.

Actitud irresponsable (por emplear un calificativo amable) es la de Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández-Montalvo, que en el INFOCOP nº 84 presentan un documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud (SEPYS) bajo el título “La eficacia de los tratamientos psicológicos”, en el que vierten una serie de datos bajo la apariencia de verdad científica. Con forma de tabla presentan un despropósito en el que los tratamientos cognitivo-conductuales son los únicos eficaces, y a continuación indican: “que un tratamiento no figure en las guías... quiere decir que no ha demostrado su eficacia... por no haber sido investigado... o que sólo disponga a su favor de datos no experimentales”; si por datos experimentales se refieren a los estudios realizados con muestras controladas de estudiantes de Psicología, me quedo con la imperfección metodológica del análisis de muestras clínicas.

Esta irresponsabilidad es especialmente grave por la proyección profesional de los autores y porque, como bien dicen en otro párrafo “la asistencia pública y las compañías de seguros o las mutuas pueden contar con criterios adecuados a la hora de financiar un tratamiento psicológico”: de lo que se está hablando es de acaparar cotas de mercado a costa de eliminar a los otros modelos clínicos.

Por otra parte, en el nº 85 de “Papeles del Psicólogo” Frías y Pascual presentan “Psicología clínica basada en pruebas”, donde citan la publicación de Labrador y compañía; con que el documento se cite un par de veces más se convertirá en la Biblia de la eficacia de los tratamientos psicológicos: así se construye la ciencia.

ACERCA DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Opino que la aparición del título de especialista en psicología clínica no es más que el resultado histórico de la evolución natural de los acontecimientos. En este sentido podemos felicitarnos porque finalmente se resolverá, a nivel administrativo, un agravio comparativo con la Psiquiatría, la otra gran disciplina con la que compartimos usuarios: a pesar de las diferencias de concepción, formación y filosofía de intervención, en buena medida ambas profesiones buscamos respuestas a las mismas preguntas.

Para los profesionales que trabajen en los circuitos de Salud Pública esto significará un cambio en la categoría profesional donde se les incluye. Sin embargo, está por ver si resolverá los problemas de coordinación y entendimiento entre psicólogos y psiquiatras allí donde trabajen juntos. Mi opinión es que no será suficiente, y que del mismo modo que muchos ya habían solucionado este problema **sin** título, otros seguirán sin resolverlo **a pesar** del título. Sospecho que por delante les queda, a los compañeros de la red pública, un largo camino de negociaciones y clarificación diferencial de funciones.

En este camino no me parece descabellado pensar que en algún momento histórico puedan llegar a confluír los estudios de Psiquiatría y Psicología Clínica en una única licenciatura, como ya ocurrió con la Psicología Educativa y la Pedagogía. Quizá estemos avanzando hacia una carrera troncal de Psicología que dé acceso a estudios de especialización pero que en sí misma y a efectos laborales no sirva para nada: la Biología, por ejemplo, en términos de puestos de trabajo se ha diluido en buena medida entre Veterinaria, Química y Farmacia.

Por lo que estoy diciendo podría parecer que soy contrario a programas de formación específica que capaciten a los profesionales para prestar unos mejores servicios. Muy al contrario: entiendo que tenemos la obligación de prepararnos para desarrollar eficazmente nuestras funciones. Pero esto es una cosa, y otra muy distinta crear títulos que funcionen como auténticos **visados de entrada**, dificultando el acceso de algunos profesionales a cualquier parcela del campo psicológico, y dando a otros **exclusivas de explotación** sobre los mismos. Lo que viene a solucionar una desigualdad histórica con la Psiquiatría puede dar lugar a problemas fronterizos entre parcelas internas: si los títulos dan derecho al monopolio entonces la desigualdad histórica comenzará a fraguarse entre especialistas y generalistas.

Se nos ha dicho que podemos estar tranquilos, que nadie impedirá a un psicólogo generalista desarrollar labores clínicas en el ámbito privado (únicamente no podrá decir que es psicólogo clínico). Pero una cosa lleva a la otra, y una vez creado el título quién puede garantizar lo que pasará después (o de hecho está pasando ya). De momento ya está en ciernes la Ley Orgánica de Profesiones Sanitarias, en la cual se contempla como tal la especialidad de Psicología Clínica; yo me hago estas preguntas:

-¿Qué pasará con los generalistas que hagamos clínica privada? ¿Vamos a estar amparados por la ley o perseguidos por intrusismo? Cuando hagamos clínica ¿qué diremos que hacemos? ¿Un cliente puede denunciarnos por mala práctica por el hecho de no tener el título? Cuando hagamos formación ¿qué consideración oficial tendrá?.

-¿Qué pasará el día que los especialistas reivindiquen que son los **únicos capacitados** para realizar las labores propias de un centro de Drogodependencias, o de una institución dedicada a reeducación de personas con discapacidad intelectual, o rehabilitación cognitiva en una residencia geriátrica? ¿A qué labores profesionales nos dará acceso tener una licenciatura en Psicología (o en Filosofía y Ciencias de la Educación, sección Psicología)? ¿Será suficiente con estar licenciado y hacer formación posgrado para capacitarnos en un ámbito particular, o además será necesario ser especialista en Psicología Clínica?.

Lamentablemente tengo que referirme de nuevo al documento de Labrador y compañía, que dice: “Una advertencia importante con respecto a la figura del psicoterapeuta. Tal figura no existe como profesional de la salud. No responde a ninguna licenciatura universitaria, por lo que no ofrece garantías para el paciente ni cobertura legal para su actividad. En consecuencia, es necesario alertar sobre el intrusismo profesional de personas que no están lo suficientemente preparadas para llevar a cabo este tipo de intervenciones...”.

Si el problema es la **licenciatura universitaria**, nos podemos cargar la Psicología Clínica y la Psiquiatría y montar una nueva Facultad que se llame Facultad de Psicoterapia: después de todo el estudio de la psicopatología y de los métodos diagnósticos tienen como finalidad llegar a encontrar buenos procedimientos, es el tratamiento (la Terapia) lo que las dota de sentido. Eso sí: en los planes de estudio deben incluirse más procedimientos que los propios del modelo cognitivo-conductual, y como obligatorias dos asignaturas: Factores Comunes e Investigación de Resultados.

Es cierto que la figura de psicoterapeuta **no ofrece garantías** para el paciente: la de licenciado en Psicología tampoco. La de especialista en Psicología Clínica tampoco. Si lo que pretenden es defender el territorio cercado del “expolio” de otras profesiones (ej Trabajo Social, asistentes psiquiátricos...) no estaría de más recordar que el campo que ahora “explotamos” antes perteneció a otros porque realmente es de todos (o de nadie, que es decir lo mismo), y que con una buena formación estos profesionales pueden desempeñar, al menos en determinados ámbitos, funciones que los autores parecen querer reservar a los psicólogos clínicos.

Respecto al **intrusismo** de personas que no están lo suficientemente preparadas, la pregunta es ¿quién está suficientemente preparado: el psicólogo clínico?. Hay un salto abismal entre una titulación y la formación que lo sustenta. Se plantea que la formación PIR es la adecuada (**y única**) para lograr el título de especialista. Puedo aceptar que sea una buena capacitación para trabajar en Unidades de Salud Mental, pero no mejor que otras que existan o puedan llegar a crearse, y mucho menos para trabajar fuera de este ámbito. En mi opinión la adecuación de funciones al contexto puede hacer **innecesaria y/o insuficiente** la formación subyacente a la titulación, de forma que la misma no garantiza al usuario la prestación de un mejor servicio: si buscamos el reconocimiento social a nivel usuario la titulación no garantiza nada. Para mí es como “querer ganar el partido en los despachos”, una vez que se ha perdido en el terreno de juego, y a nivel formativo el énfasis pasa del proceso de aprendizaje/adiestramiento al valor de la misma en número de créditos.

A estas alturas quiero reivindicar la figura del **psicólogo todo-terreno**: mi opinión es que trabajar en contacto con distintos ámbitos nos permite mantener una visión más global de las experiencias humanas y da lugar a una riqueza profesional y vital más amplia, sin detrimento de formarnos en aquello que nos prepare para cada uno de los trabajos que hacemos. La superespecialización da lugar a una visión en túnel que puede acabar provocando ceguera selectiva de todo aquello que quede fuera de su campo de trabajo.

Quizás la nueva Facultad deba llamarse Facultad de Solucionadores de Problemas, para que los nuevos licenciados puedan desempeñar su labor como solucionadores de problemas allá donde les pite. Como esto seguramente no lo verán mis ojos, de momento ruego una oración por nuestra salud, espero no tener que llevar flores a la tumba del psicólogo-generalista-no-cognitivo-conductual desconocido, y pido el título de especialista en Psicología Clínica por la vía transitoria tercera, porque ya lo

dice la Biblia: PEDID Y SE OS DARÁ... Y YA SE OS DIRÁ POR DONDE.

P.S.: A raíz de lo oído ayer empieza a no parecerme tan descabellada la idea de organizar la tribu de solucionadores de problemas. Uno de los problemas de la tribu de los psicólogos privados es nuestra gran dispersión en el territorio y nuestra escasa organización: si efectivamente en este período el clima está empeorando, quizás conviene incrementar las agregaciones, en forma de foros profesionales y asociaciones.

-El no ser profesionales sanitarios nos permite preguntarnos qué somos y qué hacemos. Para solventar nuestra crisis buscamos rasgos de identidad que deben ser lo bastante globales como para que entremos todos: la legalidad vigente dice que para la Seguridad Social somos profesionales autónomos y para Hacienda entramos en el epígrafe IAE 776 (doctores y licenciados en Filosofía, Psicología...): al menos sabemos que en la rama de la Hostelería no trabajamos.

-A continuación (puesto que no existimos no hemos nacido, y mucho menos bautizarnos) nada nos impide denominarnos “solucionadores de problemas” (y ya sabéis: una vez puesto el nombre....ya existimos). Para coger entidad sería conveniente hacer algunas apariciones en los medios públicos, explicando qué somos y qué hacemos; tampoco estaría de más asociarse a alguna federación de empresarios. Sería fantástico que al menos algunos profesores en las facultades se refirieran a la nueva labor que podrán desarrollar los estudiantes al finalizar sus estudios.

En este primer momento sería interesante hacer algún congreso que reuniera como miembros con derecho a voto a TODOS los despachos privados (de solucionadores de problemas) del país: sería como nuestro nacimiento oficial ante la sociedad. Por supuesto, pompa, boato y prensa.

-Cuando nos pregunten qué formación nos avala, cada uno presentará la suya, y si a lo que se refieren es a los estudios universitarios, diremos que una Licenciatura en Psicología (si fuese el caso). Esto daría sentido a la formación que actualmente se imparte en las facultades de Psicología.

-Cuando se trate de describir los servicios que ofrecemos diremos que nos ocupamos de resolver problemas psicológicos y existenciales de tipo general (y no trastornos psicopatológicos en particular), allá donde se pidan nuestros servicios y nos sintamos capacitados para hacerlo.

-Si quieren que aclaremos qué quiere decir “de tipo general”, diremos que eso depende del tipo de servicios que nos pidan:

1) Podemos ocuparnos de los problemas generales que surgen en un colegio (niñ@s que no marchan bien en general –sea por problemas aptitudinales, actitudinales, emocionales, relacionales...-, padres que quieren asesoramiento sobre cualquier tema general, profesor@s que no saben cómo resolver cualquier problemática general en el aula –o no saben que saben-...).

2) Podemos ocuparnos de los problemas generales que se presenten en cualquier institución (de drogas, de ancianos, de enfermos crónicos, de familiares de enfermos crónicos, hasta del Juzgado si es el caso...).

3) Podemos ocuparnos de problemas generales en las empresas: qué persona reúne el perfil para un puesto de trabajo, cómo arreglar un problema general de entendimiento en un equipo de trabajo...).

4) Y porqué no, hasta de las relaciones internacionales: tenemos el brillante antecedente de Paul Watzlawick (que, por cierto, no es psicólogo).

5) Por supuesto, si alguien pide ayuda para problemas personales de tipo general también trabajaremos **siempre y cuando no tenga un trastorno psicopatológico**. Si la persona padece un trastorno mental (algún tipo de neurosis, psicosis, u otros trastornos psicopatológicos) habrá que derivar a un psicólogo clínico. Pero cualquier otro problema general podemos hacerlo nosotros (si nos vemos capacitados). Por ejemplo: no encuentro sentido a mi vida, somos incapaces de mantener relaciones sexuales, mi hija no me come, mi novia me ha dejado, mi marido me pega, mi hijo no sale de delante del ordenador, no levanto cabeza desde que se murió nuestro hijo, oigo voces, quiero suicidarme....

Como buenos solucionadores de problemas podemos empezar por nosotros mismos y preguntarnos ¿Cuál es el problema?: que existe la posibilidad de que algunos de nosotros tengamos dificultades para hacer el trabajo que nos gusta. Pues manos a la obra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Botella L, Pacheco M, Herrero O y Corbella S.:
Investigación en Psicoterapia: El Estado de la Cuestión. Universidad
Ramón Llull, 2002.

Burgaleta, R. y Rodríguez-Arias, JL.: Evidencias y controversias de la
psicoterapia. Cuadernos de Terapia Familiar, nº 53 (pp. 15-34), 2003.

Fernández JM^a y Cabero A: Medicina, psicología y sociedad:
medicalización y psicologización de los conflictos sociales. Seminario
“Ecología y Salud Mental”. UNED. Gijón, 1992.

Frías y Pascual: Psicología clínica basada en pruebas, Papeles del
Psicólogo, nº 85, 2003.

Labrador y otros: La eficacia de los tratamientos psicológicos. INFOCOP
nº 84, 2003.

Giddens, A: Modernidad e identidad del yo (Cap. 5: La experiencia
secuestrada). Ed Península. Barcelona, 1997.