

# **LOS MODELOS TEÓRICOS, LOS TRATAMIENTOS Y LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN EN LA ASISTENCIA PÚBLICA EN SALUD MENTAL: INFORME SOBRE UNA ENCUESTA REALIZADA A LOS C.A.P. Y C.A.P.I.P. DE CATALUNYA**

Mercè Mitjavila, Universitat Autònoma de Barcelona

M<sup>a</sup> Teresa Miró Universitat de Barcelona y

Jordi Bachs, Universitat Autònoma de Barcelona

---

Se resumen en este informe los datos obtenidos en una encuesta realizada a los Centros de Asistencia Primaria en Salud mental de niños y adultos en Octubre de 1991 y Enero de 1992 respectivamente.

El motivo inicial para la realización de este pequeño estudio descriptivo partió de nuestra reflexión, como profesores universitarios, acerca de la diversidad de modelos en el campo de la psicología y de su distinto predominio en el ámbito académico y aplicado.

Se dan múltiples discrepancias entre la psicología académica y la psicología aplicada, algunas de ellas responden a la especificidad de ambas realidades. Así el predominio de lo teórico y de la investigación en el ámbito académico sería propio de su naturaleza, y en cambio un mayor grado de pragmatismo respondería a la preocupación propia del ámbito de aplicación clínico.

Una de las discrepancias observadas, que quizá no responda exactamente a la idiosincrasia de uno u otro ámbito, sea el predominio, en uno y otro sector, de distintos modelos teóricos. Este hecho expresa, sin duda, cierta disociación entre la universidad y la práctica aplicada.

Es difícil pronunciarse, en sentido positivo o negativo, sobre esta disociación sin caer en simplificaciones. Habría mucho que pensar respecto a si esta especie de división de funciones es necesaria, favorable o inevitable. La respuesta intuitiva inmediata nos haría decir que esta situación no es beneficiosa para nadie, ni para los profesionales clínicos, ni para los profesores universitarios ni para los estudiantes, pero creemos que la respuesta merece más atención.

Si hipotéticamente pensáramos que sería beneficiosa una mayor coherencia entre uno y otro sector, deberíamos someternos a la pregunta siguiente: ¿en qué sentido tendría que darse esta mayor coherencia? ¿Sería beneficioso que el modelo dominante en el ámbito académico fuera asimismo el dominante en la práctica aplicada? ¿o viceversa?, ¿o acaso se debería tender, en uno y otro sector, a una mayor integración o diversidad?. Al margen de estas especulaciones nuestro interés ha sido fundamentalmente observacional y descriptivo: hemos intentado recoger unos datos sobre los cuales se puede, evidentemente, reflexionar o seguir especulando.

## PROCESO

Se partía del supuesto observable de la existencia de diversidad de modelos psicológicos en la práctica aplicada, en el ámbito de la comunidad catalana. La encuesta se elaboró bajo este supuesto pero en cambio quedaba abierta la cuestión de la prevalencia o del orden de prevalencia de uno o varios modelos sobre otros.

En la carta de presentación se pedía que las respuestas fueran consensuadas al máximo por todo el equipo.

Se enviaron un total de 50 encuestas, dirigidas a los Centros de Asistencia Primaria en Salud Mental (C.A.P.) y a los Centros de Asistencia Primaria Infantil (C.A.P.I.P.) y Unidad de Referencia en Psiquiatría Infantil (U.R.P.I.). El total de 50 corresponde a todos los centros de asistencia en salud mental pública de Catalunya en el momento de realizar la encuesta. Los envíos y respuestas se resumen de la siguiente manera.

	C.A.P.	C.A.P.I.P. /U.R.P.I.	TOTAL
ENCUESTAS ENVIADAS	30	20	50
ENCUESTAS CONTESTADAS	18	18	36

Se desglosan a continuación los distintos apartados de la encuesta y los resultados obtenidos.

### 1) AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS

(Se tiene en cuenta los años de funcionamiento del equipo como tal independientemente del momento en que fueron concertados por la administración pública)

	C.A.P.	C.A.P.I.P.
Años de funcionamiento del más antiguo	17	26
Años de funcionamiento del más reciente	0,5	8
Promedio de antigüedad de los equipos	10	12,5

### 2) TIPO DE DEMANDA O PROBLEMÁTICA MÁS FRECUENTE

(Se formula como pregunta abierta con dos respuestas máximas)

C.A.P.: Neurosis (Se incluyen bajo esta denominación: depresión, cuadros ansiosos, fobias, trastornos afectivos, trastornos de personalidad leves). Total de Centros que citan esta entidad como problemática más frecuente: 17

En los C.A.P.I.P./U.R.P.I., citan además "Trastornos de conducta" un total de 9 centros y a continuación se citan los "problemas de aprendizaje" en 8 centros.

### 3) ADSCRIPCIÓN A UNO O VARIOS MODELOS

(Se formula como pregunta cerrada con 4 opciones)

ADSCRIPCIÓN A UNO O VARIOS MODELOS	CAP	CAPIP /URPI
Adscritos a un único modelo	1	7
Adscritos a un modelo dominante, coexistiendo con otros	13	6
Adscritos a diversos modelos coexistentes en igualdad	4	4
No adscritos a ningún modelo	0	1

#### 4) DISTRIBUCIÓN CUALITATIVA DE LOS DISTINTOS MODELOS EN LOS C.A.P.

	modelo único	modelo predominante	modelo coexistente	TOTAL
BIOLOGISTA	0	0	3	3
COGNITIVO	0	0	2	2
COMUNITARIO	0	0	1	1
CONDUCTUAL	0	1	1	2
FENOMENOLÓGICO	0	0	1	1
HUMANISTA	0	0	3	3
PSICODINÁMICO	1	12	2	15
SISTÉMICO	0	0	7	7

En este apartado se citaban en la pregunta de la encuesta los modelos: Cognitivo, Conductual, Humanista, Psicodinámico y Sistémico, y a continuación un espacio abierto bajo el epígrafe: "otros"; en este epígrafe se nombraron los modelos: Biologista, Comunitario y Fenomenológico, que quedan incorporados en el cuadro anterior. Se citó también el Farmacológico, pero éste no fue contabilizado como modelo propiamente psicológico, podría haberse considerado su inclusión dentro del modelo Biologista.

#### DISTRIBUCIÓN CUALITATIVA DE LOS DISTINTOS MODELOS EN LOS CAPIP/URPI

	modelo único	modelo predominante	modelo coexistente	TOTAL
COGNITIVO	0	0	5	5
CONDUCTUAL	0	0	6	6
PSICODINÁMICO	7	5	6	18
SISTÉMICO	0	1	3	4

No se citan otros modelos psicológicos.

## DISTRIBUCIÓN DE LOS MODELOS EN LOS CAP Y CAPIP/URPI CONJUNTAMENTE

	modelo único	modelo predominante	modelo coexistente	TOTAL
BIOLOGISTA	0	0	3	3
COGNITIVO	0	0	7	7
COMUNITARIO	0	0	1	1
CONDUCTUAL	0	1	7	8
FENOMENOLÓGICO	0	0	1	1
HUMANISTA	0	0	3	3
PSICODINÁMICO	8	17	8	33
SISTÉMICO	0	1	10	11

Según los anteriores datos se observa un claro predominio del modelo psicodinámico seguido del sistémico.

### 5) AUTORES QUE SE CONSIDERAN MÁS SIGNIFICATIVOS DENTRO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE CADA CENTRO.

(Se formula como pregunta abierta con un máximo de 3 respuestas)

Se nombran en más ocasiones:

	CAP	CAPIP/URPI	TOTAL
FREUD	10	7	17
KLEIN	7	7	14
BION	2	3	5
LACAN	4	0	4

Evidentemente se esperaba que esta respuesta mantuviera coherencia con los resultados de la anterior referida a los modelos y en este sentido es lógico que los autores psicoanalíticos sean los más citados.

## 6) CONCEPTOS TEÓRICOS Y/O TÉCNICOS QUE SE CONSIDERAN MÁS SIGNIFICATIVOS DENTRO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

(Se formula como pregunta abierta)

Se nombran en más ocasiones:

	CAP	CAPIP /URPI	TOTAL
TRANSFERENCIA	7	5	12
INCONSCIENTE	7	2	9

Se esperaba asimismo al igual que en la anterior pregunta, que los conceptos designados mantuvieran coherencia con los modelos y a su vez con los autores.

## 7) INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

(Se formula como pregunta abierta)

Se nombran en más ocasiones:

	CAP	CAPIP/URPI	TOTAL
ENTREVISTA	12	13	25
WAIS/WISC	7	13	20
H.T.P.	2	8	10
M.M.P.I	7	1	8
16 PF	3	1	4
RORSCHACH	4	2	6

## 8) TIPO DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS QUE SE LLEVAN A CABO

(Se formula como pregunta abierta)

	CAP	CAPIP/URPI	TOTAL
TERAPIA DE APOYO	11	2	13
TERAPIA PSICOANALÍTICA	10	0	10
ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO	3	7	10
RELAJACIÓN	4	3	7
TERAPIA FOCAL	2	3	5
TERAPIA COGNITIVA	2	0	2
TERAPIA CONDUCTUAL	1	0	1
TERAPIA SISTÉMICA	1	0	1
PSICODRAMA	1	0	1
ESCENOTERAPIA	0	1	1
LUDOTERAPIA	1	1	1
PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS	0	1	1

Se han transcrito las denominaciones tal como han sido hechas por los propios equipos al contestar la encuesta. Se observan denominaciones, tales como “Entrevistas de seguimiento” y “Terapia focal”, que no pueden ser clasificadas en relación a un modelo teórico dado que no se especificaba en la respuesta. Lo que se designa como “Entrevistas de seguimiento” y “Terapia de apoyo”, también contiene cierta ambigüedad dado que esta modalidades terapéuticas pueden inspirarse en modelos distintos.

### 9) MODALIDADES DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS.

(Se formula como pregunta cerrada con tres opciones: Terapia Individual, Terapia de Grupo y Terapia Familiar, y una opción abierta bajo el epígrafe “otras”)

	CAP	CAPIP /URPI	TOTAL
TERAPIA INDIVIDUAL	18	17	35
TERAPIA DE GRUPO	14	14	28
TERAPIA FAMILIAR	17	16	33
TERAPIA DE PAREJA	2	0	2
GRUPO DE PADRES	0	2	2
PAREJA MADRE-HIJO	0	2	2
INTERVENCIÓN COMUNITARIA	1	1	2
SOPORTE SOCIAL	1	0	1

### 10) ATRIBUCIONES EXPLICATIVAS DE LA DIVERSIDAD DE MODELOS QUE CONVIVEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

(Se formula como respuesta cerrada con cuatro opciones y una opción abierta bajo el epígrafe “otras”)

	CAP	CAPIP /URPI	TOTAL
PECULIARIDAD DE NUESTRO OBJETO DE TRABAJO	17	13	30
CONDICIONES HISTÓRICAS*	1	3	4
INMADUREZ DE LA PSICOLOGÍA COMO DISCIPLINA	1	5	6
CUESTIONES POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS	0	4	4
DIFERENTES ORIENTACIONES DE CADA PROFESIONAL	1	1	2
No contestan	1	1	2

(\*) La formulación completa era: “Condiciones históricas de la implantación de la psicología en nuestro país.”

## COMENTARIOS FINALES

Merece una consideración especial el hecho que los autores de la encuesta se adscriban dentro de un modelo común, el psicodinámico. Pensamos que este hecho puede haber determinado un sesgo en las respuestas de los centros. Es posible que los equipos que trabajan dentro del mismo modelo que los firmantes del estudio pudieran sentirse más fácilmente inclinados a responder la encuesta. Aunque no debemos descartar la opción contraria, es decir, el interés por afirmar un modelo distinto al de los autores de la encuesta. Evidentemente, en la carta de presentación, éstos no hacían constar el modelo con el que se identificaban, pero es obvio que en los distintos ámbitos del ejercicio profesional (académico o aplicado) se conocen las afinidades de cada uno y sobre todo si se trata de un trabajo notoriamente público como es la docencia universitaria.

Tampoco pensamos que el sesgo que se haya podido producir haya falseado del todo el resultado final, la información directa que todos podemos tener seguramente coincide bastante con los resultados.

Recordamos que este estudio responde únicamente al sector de la comunidad catalana y no pensamos que sea extrapolable a otras comunidades. En este sentido pensamos que las condiciones históricas relativas a como se ha implantado la psicología y la psiquiatría sí debe ser una variable importante a la hora de explicar el predominio de uno u otro modelo.

Creo que debería considerarse el perfil de la generación de psiquiatras que en la actualidad son coordinadores de los centros públicos así como de los psicólogos más antiguos que trabajan en ellos. ¿Cuáles eran las condiciones de formación universitaria -en la cátedra de Psiquiatría, en el Departamento de Psicología, u otros centros de formación- en aquel momento? ¿Qué se enseñaba y quién enseñaba? Debería también tenerse en cuenta en qué momento y en qué condiciones (una de ellas responde al perfil de los profesionales existente en aquel momento) aparece la red de asistencia pública en Catalunya.

Creemos que la prevalencia del modelo psicodinámico está vinculado a su mayor antigüedad de implantación, en relación a los otros modelos que aparecen designados en este estudio. De todas formas pensamos que ésta no debe ser la única variable explicativa de su existencia o de su prevalencia, suponemos que también las razones pragmáticas referidas a su utilidad deben tener su peso.

Queremos destacar el hecho, ya anunciado en la introducción, relativo al predominio de modelos en el ámbito académico y en el aplicado (al menos en el sector público). El claro predominio del modelo psicodinámico en el sector de la asistencia pública no se corresponde con la recesión de éste modelo dentro del ámbito universitario. En este mismo sentido el modelo sistémico que aparece como dominante en segundo lugar en la práctica asistencial, prácticamente no tiene vigencia dentro de los programas de estudio universitarios. A su vez los modelos

conductual y cognitivo tienen mayor presencia en nuestro mundo académico.

Como docentes universitarios debemos reflexionar acerca del tipo de formación que impartimos desde la universidad ¿Qué tipo de profesional formamos y para qué lo formamos?. Deberíamos también preguntarnos ¿Quién enseña en la universidad? ¿Qué perfil se exige al docente universitario para acceder a su plaza? Hoy por hoy, al profesor universitario se le exige, en primer lugar, capacidad investigadora y en segundo lugar, capacidad docente. La capacitación para la práctica no se tiene en cuenta, aún en los casos en que se esté impartiendo una asignatura de carácter aplicado.

Esto no significa que el orden dominante en la práctica aplicada tenga que dictarnos los contenidos docentes a impartir, ni tampoco la situación inversa sería deseable. Quizá tampoco lo sea enseñar de espaldas a la realidad social y asistencial o trabajar en la práctica aplicada sin contacto con la investigación o el tipo de información que la universidad puede transmitir. Debemos partir de la convicción de que cada ámbito de trabajo, por su especificidad, cuenta con conocimientos distintos y todos ellos necesarios.

Nos proponemos repetir esta prospección en el futuro a fin de tener datos comparativos y evolutivos sobre este tema. Damos por supuesto que el “mapa” actual responde a una determinada coyuntura de condiciones y ha de entenderse como un proceso dinámico.

Aprovechamos la ocasión para agradecer sinceramente a los centros que colaboraron en nuestro estudio y para animar a los que no se decidieron a hacerlo en esta ocasión, a que podamos contar con ellos en otra oportunidad.

