

**Construcciones ideológicas sobre la psicología clínica en contexto de
(contra)reforma psiquiátrica**
**Ideological constructions surrounding clinical psychology in a context
of psychiatric (counter)reform**

Valeria Sancho Quirós
Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica,
San José, Costa Rica
valeria.sancho@ucr.ac.cr
<https://orcid.org/0000-0002-6603-6001>

Fecha de recepción: 04 de octubre del 2023

Fecha de aceptación: 6 de mayo del 2024

Cómo citar:

Sancho Quirós, Valeria. 2025. Construcciones ideológicas sobre la psicología clínica en contexto de (contra)reforma psiquiátrica. *Revista Reflexiones*. 104 (1). DOI 10.15517/rr.v104i1.56845

Resumen

Introducción: En 1990, Costa Rica inició la reestructuración de los hospitales psiquiátricos. Este artículo se interesa en sus implicaciones en el campo de acción de la psicología, según lo comprenden personas profesionales de la disciplina.

Objetivo principal: Reflexionar sobre las construcciones ideológicas de personas especialistas en psicología clínica en torno a su rol profesional.

Método y técnica: Se aborda la ideología en su dimensión sociológica, comprendida como una autodefinición compartida grupalmente, que permite coordinar prácticas en relación con otras personas profesionales de la salud, al igual que las aseguradas. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a cinco personas profesionales en psicología, así como fuentes primarias documentales.

Resultados: Se describen cambios y tensiones en la construcción ideológica del rol de especialista en psicología. Se destacan las relaciones de padrinazgo con la psiquiatría y los intentos de diferenciación profesional, en el marco de proyectos centrados en la funcionalidad y la rehabilitación. Asimismo, se destacan rivalidades y alianzas con otras profesiones de la salud mental.

Conclusiones: En el contexto de reforma, las personas especialistas parecen debatirse entre el cercamiento de su campo de trabajo, los proyectos interdisciplinarios y los reclamos de protagonismo. La promoción de un modelo de derechos humanos ha ido de la mano con la expansión del campo profesional de la psicología, pero sectores del gremio han respaldado posibles contrarreformas psiquiátricas, en aras de la negociación y la construcción del consenso.

Palabras clave: Derechos Humanos, Psicología, Salud mental, Psiquiatría, Reforma Social.

Abstract

Introduction: Costa Rica started a reorganization of psychiatric hospitals in 1990. This paper is interested in the implications of this process on psychology's scope of action.

Objective: Reflecting on ideological constructions of specialists in clinical psychology, pertaining to their professional role.

Method and technique: Ideology is addressed in its sociological scope, as referred to a group's shared self definition which allows it to coordinate practices in relation to other mental health professionals and ensured persons. Semi-structured interviews with five psychology specialists, and the analysis of primary documental sources.

Results: Changes and tensions in the ideological constructions surrounding the role of Specialist in Clinical Psychology are described. The relation of sponsorship with Psychiatry, and efforts to differentiate from this discipline within the framework of projects centered on functionality and rehabilitation are highlighted. Rivalry and alliances between mental health professionals are also put into focus. **Conclusions:** In the context of reform, Specialists in Clinical Psychology seem to be torn between the enclosure of their field of work, interdisciplinary projects, and claims of protagonism. The promotion of a model based on human rights has gone hand in hand with the expansion of the professional scope of psychology, but a part of the psychological guild has recently supported a possible psychiatric counterreform, in the name of negotiation and consensus building.

Keywords: Human Rights, Mental Health, Psychology, Psychiatry, Social Reform.

Introducción

En 1990, Costa Rica suscribió la Declaración de Caracas (OPS/OMS 1990), el primer estándar interamericano que ofreció un sistema de protección de los derechos humanos de las personas en condición de internamiento psiquiátrico. Caracas criticó la atención psiquiátrica convencional, dando pie a un proceso internacional de reestructuración psiquiátrica continúa en proceso. Con la reforma hospitalaria, surgieron programas de desinstitucionalización, rehabilitación, promoción de la salud e intervención en crisis, construidos como alternativas al modelo asilar. Este artículo se interesa en las consecuencias de esta reforma en el campo de acción de la psicología, según es interpretado por personas profesionales en clínica y otras áreas profesionales de la salud mental, con las que disputan y dialogan.

El artículo reflexiona sobre las construcciones ideológicas de profesionales en psicología clínica insertas en hospitales psiquiátricos públicos, en torno a las atribuciones de su profesión. Se parte de una comprensión de la ideología como una «fantasía de mapeo o narrativa mediante la cual el sujeto individual inventa una relación vivida con

sistemas colectivos» (Jameson 1989, 204). La ideología se comprende, así como una narrativa o relato fantasioso que permite al sujeto situar su posición en un orden social que no ha creado. El texto profundiza en la dimensión *sociológica* de esta narrativa (Eagleton 1997), referida aquí a la identidad profesional, y su relación percibida con prácticas materiales incorporadas en instituciones; en el caso que aquí nos interesa la psiquiátrica y la universitaria. Para fines de la investigación, esta dimensión se abordó en su aspecto discursivo, vinculado a las «autodefiniciones compartidas grupalmente que permiten que sus miembros coordinen sus prácticas sociales en relación con otros grupos» (Van Dijk 1999, 52).

Las construcciones ideológicas así comprendidas son discutidas a través del análisis de cinco entrevistas semiestructuradas aplicadas a personas psicólogas profesionales en la rama clínica, quienes ejercen en dos hospitales psiquiátricos públicos del país: el Hospital Nacional Psiquiátrico y el Chacón Paut. Además, el análisis documental incluyó artículos científicos, programas de estudio, relatos históricos, testimoniales y literarios, pronunciamientos gremiales, proyectos de ley; así como fuentes secundarias vinculadas a la historia de la psicología en América.

Las entrevistas indagaron en las relaciones con otras profesiones de la salud mental, la división del trabajo y su vinculación con modelos de atención distintos. Los años de experiencia laboral variaron entre treinta a diez, aproximadamente. Las personas entrevistadas se han desempeñado en áreas diversas de los hospitales, abarcando jefaturas, servicio externo, programas de rehabilitación, atención en emergencias, y otras. Aquí se las refiere utilizando pseudónimos para proteger la confidencialidad. Por este motivo, se caracteriza a cada una con información general, procurando que no sean fácilmente identificables.

Padrinazgo interdisciplinar: el Servicio de Psicología en el modelo tradicional

El rol de la psicología clínica en programas públicos de salud mental difícilmente puede comprenderse fuera del marco de su relación histórica con el gremio psiquiátrico. El movimiento de higienismo mental, liderado por la psiquiatría estadounidense, sostuvo que la causa de los problemas sociales e interpersonales yacía en el desajuste individual, y encontraba sus bases en las biografías personales (Danziger 1990).

Al atribuirse una misión preventiva, el higienismo mental expandió el campo de acción de los psicólogos (Sancho, 2022; Agüero y Correa, 2018). Estos construyeron su nicho profesional en el campo de la personalidad, un concepto clave para el movimiento. Las décadas de 1930 a 1950, así, vieron el desarrollo internacional de una psicología que ponía énfasis en el estudio y medición de la personalidad (Adis 1994). Gonzalo Adis Castro, conocido como el «padre» de la psicología costarricense, se formó con estas preocupaciones, al cursar sus estudios en Berkeley, Nueva York.

Adis Castro reconoció a un psiquiatra, Fernando Quirós Madrigal, como «precursor» del campo de la psicología en Costa Rica. Su rol en la organización de la Secretaría de Higiene Mental en 1938, y su interés en el recurso terapéutico, le valieron este título. Quirós estableció una relación de «padrinazgo» con Adis en 1957, cuando el

último ingresó al equipo de trabajo del Asilo Chapuí, la primera institución de este tipo en el país, y que décadas después pasaría a conocerse como el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP).

A ojos de Adis, este vínculo fue determinante en la relación entre la psicología clínica y la psiquiatría costarricenses (Adis 1984). Quirós, Adis, y Gonzalo González, colaboraron a nivel profesional y académico, soñando inclusive con establecer una cátedra conjunta de psiquiatría y psicología. Después de 1965, tras la apertura de una residencia en psicología, siguió siendo común que residentes de ambos servicios compartieran cursos y docentes (Adis 1991). A pesar de esto, testimonios de profesionales en psicología de la época sugieren que la actitud de Quirós fue excepcional, ya que predominaba un sentido de superioridad por parte de las personas profesionales en psiquiatría (Calvo, et al. 2010).

López-Core (2013, 59) describe la relación entre la Especialidad en Psicología Clínica y la Especialidad en Psiquiatría como «la más cercana históricamente» en el campo de la salud mental costarricense, atribuyendo las causas de este vínculo a dos condiciones que persisten hasta el presente: la primera es la cooperación interdisciplinaria en cursos compartidos y luego, la práctica conjunta en centros asistenciales. No obstante, desde sus orígenes, esta fue una relación desigual, marcada por la temprana dependencia de la psicología respecto a la disciplina psiquiátrica.

Los psiquiatras del Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) fueron responsables de posicionar la demanda por la extensión de los servicios psicológicos hospitalarios, particularmente en calidad de psicometristas. Esto se hace evidente en la medida en que, al crecer el número de psiquiatras en la planilla del HNP iniciando la década de 1980, también aumentaron las referencias realizadas a psicología. (López-Core, 2015). Previo a la conformación del Colegio de Profesionales en Psicología (CPPCR) en 1977, la comunidad de especialistas accedió a credenciales otorgadas por el Colegio de Médicos. Aunque inicialmente los términos de esta inclusión fueron desventajosos para la psicología, en comparación con la medicina, la incorporación también trajo beneficios con respecto al resto de profesionales en psicología.

Se ha planteado que los y las especialistas en psicología llegaron a conformar una «especie de élite que pretendía defender su posición basada en credenciales otorgadas por sus estudios mucho más especializados para ejercer en el área clínica, psicoterapéutica y de diagnóstico». Fue en el marco de esta defensa que se creó la Asociación de Psicología Clínica y Psiquiatría (APCP), en 1971 (Calvo et al. 2010, 208-209)

Una discusión que tuvo lugar dentro de la Asociación fue la carencia de exámenes de laboratorio basados en criterios objetivos, que permitieran corroborar o descartar el diagnóstico psiquiátrico en trastornos de la personalidad. En estas conversaciones, se destacó el aporte de personas psicólogas clínicas, vinculando la administración de pruebas psicológicas con una mayor confiabilidad del diagnóstico diferencial (Zannini 1984). De esta forma, el trabajo de los especialistas psicométricos ofreció una fuente de legitimación científica de las prácticas de intervención psiquiátricas.

Del hospital psiquiátrico a la universidad:

El Chacón Paut, segundo hospital psiquiátrico público del país nació como un anexo del HNP en la década de 1950. Este funcionó sin Servicio de Psicología hasta la década de 2000, por lo que los primeros desarrollos de la especialidad se dieron en el HNP. El Servicio de Psicología del HNP operó como un espacio de formación desde 1965, antes de que el sistema de universidades públicas del país ofreciera el bachillerato o la licenciatura en psicología.

El Comité de Evaluación, convertido en 1969 al Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIP), sirvió inicialmente como un nexo entre el Servicio de Psicología del HNP y la Universidad de Costa Rica (UCR) -la universidad pública más grande del país, que abrió sus puertas en 1941-. El Comité de Evaluación nació en 1957, tras las gestiones iniciales de una comisión conformada, entre otros, por el psiquiatra Fernando Quirós, Gonzalo Adis Castro, y Mariano Coronado, reconocido higienista mental (Sancho 2022), para estudiar la posible apertura de un departamento de psicología. Inicialmente, este centro operó bajo el encargo de diseñar las pruebas de admisión a la universidad. Además, se le atribuyó la tarea de diseñar programas para cursos de psicología dirigidos a otras carreras (Calvo et al. 2010).

Adis, primer director técnico del Comité insistió en que se oficializara el carácter específicamente psicológico de su trabajo, lo cual logró en 1961, cuando se lo llamó Centro de Investigaciones Psicológicas. Posteriormente transformado en instituto, el IIP fue la primera instancia académica en posicionar a la psicología como una disciplina científica en el país (Adis 1994).

Pronto el IIP expandió su actividad, adoptando un enfoque epidemiológico para investigar temas de salud mental, vinculados al trabajo en el servicio hospitalario. Esta línea de trabajo influyó en el primer programa de la Escuela, imprimiéndole un «sesgo» favorable a la psicología de la salud (Adis 1994). En un principio, había pocas diferencias entre la Escuela de Psicología (EPS) de la UCR y el IIP, pues las dos instancias compartían aproximadamente dos tercios de su personal (Calvo et al. 2010).

La Especialidad en Psicología Clínica, de su parte, fue avalada por el HNP y la Junta de Protección Social de San José hasta 1976. En este año, se consolidó el Programa de Posgrado en Especialidades Médicas (PPEM), que opera bajo un convenio entre la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la UCR. El PPEM posibilitó que algunos programas de residencias hospitalarias fueran diseñados en la UCR y aprobados por la institución, que tuvieran como su unidad base a la Escuela de Medicina, y fueran impartidas por personal de la universidad (Sancho y Venegas 2019).

El PPEM, sin embargo, excluyó –en un primer momento- a la Especialidad en Psicología Clínica. Adis Castro se ocupó entonces de formalizar el entrenamiento a nivel de posgrado, acercándose a la Escuela de Psicología. Según sugiere López-Core (2013), Adis presentó el programa de Posgrado en la EPS en 1979, buscando el aval y soporte administrativo de esta unidad. No obstante, según su testimonio, la propuesta fue rechazada.

Brechas formativas y profesionales

La ocasión y circunstancias concretas donde pudo haberse dado el rechazo de la especialidad en psicología clínica, por parte de la EPS, no quedan claras. Al revisar actas de Asamblea de Escuela del año 1979, no se logró ubicar alguna sesión en la que se discutiera dicho programa¹. Cabe señalar no obstante que, según la lectura de Adis, la Escuela de Psicología pareció atravesar «cambios en el énfasis y la orientación» de sus programas en pocos años (Adis 1994, 24). Por entonces, las personas docentes trabajaban en un perfil de «psicólogo integral» y sin énfasis, para la Licenciatura en Psicología, donde la salud era sólo una de las áreas de formación. Con esto, la EPS marcaba un distanciamiento respecto a la visión de Adis, ya que él concebía a la psicología esencialmente como una ciencia de la salud. Eventualmente, Adis se dirigió a la Escuela de Medicina, donde impartía el curso de Psicología Médica. Allí, su programa fue recibido de manera favorable, llevando a la inclusión dentro del PPEM.

En cuanto al cambio de enfoque en la EPS, en 1994, Adis ofreció una interpretación retrospectiva:

En épocas de tranquilidad y estabilidad es el individuo el que asume la responsabilidad de sus problemas adaptativos. En épocas de inestabilidad y de crisis, por otra parte, se tiende a responsabilizar al sistema por las dificultades adaptativas del individuo. Así, correspondiendo más a una época de inestabilidad y de crisis social... la Psicología Social se orientó hacia el estudio y búsqueda de soluciones a estas crisis sociales.

Todo lo anterior muy probablemente influyó para que... con el consecuente cambio del momento, la presencia de nuevos profesores y de nuevas inquietudes, se hiciera necesaria la revisión y el cambio de los programas de estudios... [que] se orientaron más hacia... una Psicología Social que trata de comprender y buscar soluciones a la crisis social (Adis 1994, 24).

En la cita anterior, Adis sugiere una equivalencia entre el enfoque de psicología de la salud y el abordaje psicológico centrado en la responsabilidad individual y la adaptación. Aquí, el binomio salud-individuo se opone al binomio social-sistema, para caracterizar dos momentos de la EPS: uno de cercanía al Servicio de Psicología del HNP, y el otro de distancia.

El modelo de psicología desarrollado en el IIP había mantenido cierta homogeneidad durante sus primeros años de existencia, esto fue posible dada la predominancia del personal formado en Estados Unidos. No obstante, las décadas de 1960 y 1970 vieron un crecimiento constante y acelerado de las ofertas en educación superior pública en el país, que llevó a un cambio en los perfiles políticos y sociales del cuerpo docente.

La demanda de profesionales favoreció la inserción de personas docentes exiliadas por las dictaduras del Cono Sur durante la década de 1970, incluyendo a un

¹ Es importante tener en cuenta, que no todas las asambleas de escuela de esta época quedaron registradas en actas. Hubo una pérdida de documentos en décadas pasadas, debido a inundaciones en el antiguo edificio de la Facultad de Ciencias Sociales.

grupo importante de personas chilenas de izquierda (Calderón 2021). Desde la EPS, estas docentes apelaron a una psicología abocada a brindar respuesta a las necesidades de las mayorías (González 2013), interpelando críticamente a «los clínicos». Estos, según testimonios de docentes de la época, «no le daban tanta importancia a eso», por desatender al contexto histórico. Dado su gran poder de convocatoria, «los sociales» lograron movilizar al estudiantado en rechazo de las personas docentes calificadas como conservadoras (Calvo et al. 2010, 134). Hacia finales de la década, la EPS contaba con docentes de perspectiva social, cuyos estudios habían sido realizados parcial o totalmente en la UCR, como Ignacio Dobles Oropeza y Mirta González Suárez, respectivamente.

En su novela histórica *Crimen con sonrisa*, Mirta González escenifica desacuerdos derivados de proyectos formativos y políticos discordantes al interior de la EPS, hacia el final de la década de 1970. El personaje de *La Profe*, una aparente versión ficcionalizada de la autora, se queja de que con el *Dr. Altamirano* -aparentemente, Adis ficcionalizado- «no se puede discutir»: «[Para] el director del Instituto [...] las universidades gringas son el modelo científico y se la pasa... demostrando que, si nos esforzamos mucho, podríamos llegar a ser casi iguales» (González 2013, 106).

Al calor de estas discusiones, Adis formuló un plan de estudios centrado en la Salud Mental, para la Especialidad en Psicología Clínica. El plan buscó maximizar los recursos disponibles en un contexto de baja demanda institucional en psicología, formulando cursos que también pudieran servir a la formación de especialistas en psiquiatría. El plan asimismo incorporaba a psiquiatras entre sus docentes (Adis 1979).

Las personas psicólogas especialistas finalmente debieran desenvolverse en una estructura médico-céntrica, en la que ocupaban una posición liminar. Rememorando su formación de especialista, Adela, quien al momento de la entrevista tenía más de 15 años de laborar en el HNP y ha trabajado en la Especialidad, plantea que «siempre se ha trabajado de la mano con la psiquiatría», sin embargo «hemos estado solitos nosotros, a la par de toda el área de medicina» (Adela Entrevista, 2 de junio de 2021). Trabajar «de la mano con la psiquiatría» se presenta aquí como condición para inscribir a la psicología clínica en un marco institucional que se lee como ajeno.

En la actualidad, el plan de estudios de la Especialidad en Psicología Clínica refiere su propósito en términos estrictamente institucionales, adoptando el objetivo de «formar a los profesionales requeridos por la CCSS para ofrecer atención psicológica en los tres niveles de atención en salud» (SEP 2022). Este objetivo marca una adscripción institucional donde las tareas académicas son secundarias, y que sirve a un propósito corporativo. La orientación asistencial de la Especialidad, su cercanía profesional y formativa con la medicina continúan contribuyendo a un reconocimiento profesional diferenciado respecto al resto de los y las profesionales en psicología; incluyendo aquellas que ostentan títulos de posgrado en clínica, al interior de la CCSS.

En 2020, la Asociación de Profesionales en Psicología de la CCSS (APPCCSS) calificó de discriminatoria la estructura profesional contemplada en el Manual Descriptivo de Puestos de la CCSS para la disciplina psicológica. Esta ubica los puestos de Psicólogo 1 y Psicólogo 2 entre las «Profesiones Paramédicas y Áreas de Apoyo»,

mientras que define una estructura aparte para los «Psicólogos Clínicos». Esta última posición, que contempla entre sus posibles funciones la jefatura en los servicios, sólo es accesible a quienes ostentan el título de especialista en psicología clínica (CCSS 2015).

Asimismo, la APPCCSS denunció una aparente campaña para combatir una definición de profesional especialista más inclusiva, adoptada en el Reglamento de Perfiles Profesionales en Ciencias de la Salud. Emitido en enero de 2019, este reconoció como especialista a cualquier persona egresada de un posgrado universitario. La APPCCSS argumentó que en respuesta a este Reglamento egresados de la Especialidad en Psicología Clínica, junto con algunos profesionales en psiquiatría, habrían firmado «una serie de oficios a diferentes instancias de la Caja Costarricense de Seguro Social... donde de manera grave se realizan afirmaciones ofensivas de los Profesionales en Psicología en cuanto al ejercicio profesional... dejando en entredicho los planes académicos de las diferentes universidades y el ordenamiento jurídico que regulan los grados académicos» (APPCCSS 2020, 2-3).

Las posibles ganancias profesionales, derivadas de la adscripción asistencial de la especialidad, afectan sus vínculos gremiales y académicos. Adela describe al PPEM como «el patito feo» del Sistema de Estudios de Posgrado (SEP). Ella argumenta que, al ubicarse físicamente fuera de la UCR, «muchas veces los docentes no han contado con las mismas facilidades» que sus pares en otros posgrados, lo cual históricamente se ha reflejado en salarios menores. Ni «los profesores universitarios, ni los mismos estudiantes asisten a actividades de la universidad con la misma facilidad o identificación que tienen muchas veces los estudiantes que cursan maestrías dentro de la universidad», una situación que Adela vincula con el «formato dual» de su formación, de acuerdo con el cual «el residente es funcionario y también es estudiante» (Adela Entrevista, 2 de junio de 2021).

Adela refiere que «hay una percepción muy particular, en relación a [sic] la Especialidad» en la EPS, que atribuye al hecho de que la formación ofrecida en residencias hospitalarias no es «estrictamente académica». El formato dual tensa la función docente pues «la parte académica» demanda a las coordinaciones una inversión de tiempo que resulta incompatible con su condición de empleadas de la CCSS. Esto habría llevado a que los intentos de «acercamiento con la dirección de posgrados de la Escuela de Psicología» no dieran «un buen resultado» (Adela Entrevista, 2 de junio de 2021) en años recientes.

Consolidando un servicio independiente

La psicometría ofreció un campo de trabajo científicamente legitimado para la psicología costarricense dentro de los hospitales psiquiátricos e, inicialmente, en la UCR. El reclamo de reconocimiento profesional basado en esta experticia, no obstante, también implicó limitaciones. En nuestro contexto, los y las primeras especialistas en psicología clínica fueron concebidas como técnicas psicometristas, subordinadas a la autoridad médica (Calvo et al, 2010), algo que también ocurrió en los contextos uruguayo y argentino en el siglo XX (Chávez y Martínez 2021; Campodónico 2018).

El uso de escalas permitió posicionar la personalidad como objeto de estudio científico, adoptando un rol en la justificación y organización de programas de intervención psiquiátrica. La cuantificación fue promovida inicialmente por psicólogos estadounidenses, como marcador de la pertenencia de la disciplina a las ciencias duras. No obstante, esta opción implicó una renuncia, el abandono de la temprana tradición de reconstruir un estudio detallado de los individuos y sus eventos de vida (Danziger 1990). Esta tendencia, en el contexto nacional, parece haberse hecho más contundente cuando los programas desarrollados por personas psicólogas especialistas se orientaron hacia el paradigma cognitivo-conductual.

El reto de «consolidar un servicio [...] independiente [...] que organiza sus procesos de trabajo[...] que no depende del criterio de otros profesionales», es asumido dentro de las coordenadas de una institución donde «los psicólogos... casi como que hemos estado debajo de las alas de los psiquiatras históricamente». Así lo plantea una especialista que ha desempeñado funciones clínicas y administrativas en hospitales psiquiátricos públicos por más de 20 años. En este marco, la demostración de relevancia profesional adopta el lenguaje de aportes «concretos científicos, bien fundamentados, técnicamente correctos, para el trabajo con los usuarios» (Marcela, entrevista, 20 de mayo de 2021).

En un contexto de reestructuración psiquiátrica, el énfasis en la técnica psicológica ha implicado que se favorezca el psicodiagnóstico y la funcionalidad como criterios organizadores de los servicios de atención. Aunque en la clínica individual persiste la posibilidad de cuestionar el psicodiagnóstico como algo que «se construye a través de cómo los otros me miran y no porque exista en la persona», y que debe deconstruirse (Melina, entrevista, 29 de junio de 2021), las personas psicólogas clínicas a menudo son consultadas para precisar los diagnósticos mediante su conocimiento técnico. Además, la estadística hospitalaria requiere la clasificación según diagnósticos reconocidos por la comunidad médica.

En el pasado, la actividad entre las personas profesionales en psicología se vio limitada por las pocas acciones que el modelo asilar contemplaba, para el trabajo con las poblaciones institucionalizadas. La crisis económica de la década de 1980, no obstante, ofreció oportunidades para replantear este modelo (Sancho 2017). En esta década de crisis económica y social, se empezaron a manifestar preocupaciones por los efectos del «hospitalismo que conlleva un rompimiento de los lazos familiares y comunales» (Casas, 1980, 19), que coincidieron con la urgencia de economizar recursos. Se reconoció entonces la inviabilidad económica de un modelo basado en los internamientos indefinidos, y la necesidad de controlar el uso de recursos públicos y hacerlo más eficiente. Los proyectos de desinstitucionalización y descentralización coincidían con estos objetivos. En 1980, se lanzó un proyecto piloto de rehabilitación en el HNP, con miras al año internacional de las «personas inválidas» de la Asamblea General de la ONU. Sus objetivos declarados eran paliar el sufrimiento de los «pacientes» y capacitarlos para una actividad económica útil y remunerada (Ferreira 1980).

Adis abogó por un sistema que enfatizara en programas comunitarios, con vías a proteger los «vínculos sociales» y «laborales»: hogares transitorios, talleres protegidos, albergues, hospital diurno, «tratamiento y rehabilitación del enfermo mental» (Adis y Arce 1985, 17). El modelo desconcentrado de atención promovido por él siguió la pauta de otras reformas psiquiátricas de América Latina, desarrolladas en el marco de la reforma neoliberal del Estado (Ribeiro, Budd y Arruda 2018; Carrasco y Yuing 2014; Carrasco 2011). Estas adoptaron como objetivos la disminución de la demanda de servicios, la inserción laboral de las personas usuarias y el aprovechamiento de recursos. A partir de los proyectos de rehabilitación y desinstitucionalización, el Servicio de Psicología del HNP desarrolló su propia línea de respuesta a la crisis social y económica, posicionando técnicas de gestión de la población enfocadas principalmente en la responsabilidad individual y la adaptación.

El fin del asilo y la funcionalidad como promesa

Hacia 1990, la suscripción del país a instrumentos internacionales en torno a los derechos humanos de las personas con «enfermedades mentales» impulsó una «gran transformación» del HNP, que favoreció la diferenciación entre psicología y psiquiatría. La psicología se distanció del énfasis biomédico en la tradicional atención en salud mental, según el cual «los pacientes... solamente recibían medicación y... ahí estaban de alguna forma desahuciados de por vida», según plantea Reinaldo, quien laboró más de tres décadas en el HNP. De su parte, el personal del Servicio de Psicología defendió la atención a pacientes de larga estancia, como un nuevo campo de trabajo. El psicólogo plantea que lo más difícil de este cambio de paradigma fue incidir en el «modelo asilar», donde «pacientes recibían grandes cantidades de psicofármacos» que les provocaban «unas limitaciones pavorosas» (Reinaldo Entrevista, 24 de junio de 2021).

Según Reinaldo, la postura de los psiquiatras de entonces era que «[Por] esos pacientes ya nada se puede hacer». Esta mirada fatalista formaba parte de un modelo «basado en la sujeción química», que reducía a la persona institucionalizada al lugar de objeto, es decir, «tómese la medicación, esté quieto y duerma». El deterioro de la persona y los efectos de la medicación, así, «se realimentaban» en un ciclo. Sin embargo «ese paradigma lo rompimos», al cuestionar el mandato médico «¿Cómo que ‘estese quieto’? ¿Cómo que solamente ‘esté solo y duerma’?» (Reinaldo Entrevista, 24 de junio de 2021).

Las personas entrevistadas visibilizan la organización de los servicios con base en la categorización de «pacientes» según su grado de funcionalidad como un hito, que marcó una salida alternativa a la «homogeneización» del abordaje asilar. La clasificación se ofreció como punto de partida, bajo la premisa de que «todo el tratamiento, tanto la parte farmacológica como psicológica, tiene que estar orientada hacia levantar el nivel de funcionalidad de la persona... no queremos que las personas sean dependientes. Las personas tienen que insertarse en el modelo laboral y social» (Reinaldo Entrevista, 24 de junio de 2021).

Los proyectos de rehabilitación buscaban que los y las «pacientes» pudieran «valerse por sí mismos» en la medida de lo posible, condición necesaria para «acabar con

el asilo... esa institución centenaria». «Insistimos y fuimos creando un grupo que... fue creando un espacio para hacer programas de rehabilitación en donde estaban incluidos... fundamentalmente enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos, que se encargaban de generar programas conductuales, o programas de rehabilitación para incrementar las habilidades sociales y el que no se fueran debilitando las funciones cognitivas» (Reinaldo Entrevista, 24 de junio de 2021).

Los programas de rehabilitación se fundamentaron en una visión de la conducta humana como objeto susceptible de moldeamiento gradual, en oposición a la figura del «paciente desahuciado de por vida». Los agentes profesionales en psicología defendieron la idea de que «derribar los muros del manicomio exige abrir las puertas del mercado laboral a los psicóticos». La autonomía laboral demandaba a los y las «pacientes» replantear su relación con «aspectos del mundo externo» y «alejarse de fantasías patógenas», para «incorporar las reglas básicas de movilidad social (por ejemplo, la competencia)» (López y Méndez 1995, 5-6).

El auge de los modelos de intervención centrados en la cognición, en el Servicio de Psicología del HNP, se refleja en el Manual de Servicios Especiales de Psicología de la CCSS (CCSS 2018) y en los últimos programas de estudio de la Especialidad en Psicología Clínica (Sancho, 2022). En este marco, la funcionalidad convertida en objetivo terapéutico opera como un nuevo principio de homogeneización, para este caso de los objetivos terapéuticos. Tanto los programas de promoción comunitaria de la salud mental (Tatiana Entrevista, 12 de mayo de 2021) como los esquemas «individualizados» de rehabilitación, se comprometen con el mandato de procurar una vida «adaptada y normalizada» (Sandoval 2011, 15). Desde esta perspectiva, los deseos personales y los significados históricos de la acción individual y grupal parecen perder relevancia, frente a la urgencia de adoptar estilos de vida saludables y dominar habilidades.

La preocupación por la funcionalidad de los y las «pacientes» y el enfoque de intervención en crisis también dieron forma a la transformación del Hospital Chacón Paut. Allí, la demanda de un Servicio de Psicología surgió, tras cinco décadas de funcionamiento a raíz de la reforma psiquiátrica. El Chacón Paut se había transformado en un «anexo del Hospital Nacional Psiquiátrico... al que se ubica únicamente a la población que está en completo abandono» en la década de 1970. Hacia finales de los años 1990, no obstante «el hospital hace una reforma... y se trabaja una valoración individual de los pacientes que estaban en condición de abandono, y se clasifica a los pacientes que son más funcionales, y los pacientes que tienen más deterioro» (Marcela Entrevista, 20 de mayo de 2021).

El trabajo del personal en psicología, de su parte, inició en 2004 tras la apertura de «la primera unidad de intervención en crisis del país... una unidad de hospitalización absolutamente ambulatoria... con usuarios con una hospitalización de hasta 15 días y no más... se trabaja la crisis, lo inmediato, se generan estrategias y se deriva... La persona sale, regresa a su casa, a su trabajo». Conforme se fue consolidando el Servicio de Psicología, surgieron otras «necesidades en el hospital» Chacón Paut, vinculadas a la elaboración y ejecución de planes de manejo conductual «con el enfoque de rehabilitación

desde la comunidad», con pacientes de ámbitos de larga estancia y de las «casitas» (Marcela Entrevista, 20 de mayo de 2021).

Las personas psicólogas de los servicios hospitalarios han impulsado estos proyectos desde un marco conceptual que enfatiza los derechos de las personas internadas (Reinaldo Entrevista, 24 de junio de 2021). Esto marca un cambio de énfasis, pues se transita de una visión basada en el «déficit» hacia otra preocupada por el «funcionamiento».

Los profesionales promotores de estas iniciativas han posicionado la «normalización» e «integración» de la persona como objetivo terapéutico. Aunque reconocen la necesidad de atender a los «déficits del entorno social» de la persona -por ejemplo, el desconocimiento o el estigma enfrentados en el entorno familiar o comunitario, que dificultan la convivencia extramuros- (Sandoval 2018, 32), estos abordajes insisten en la relación entre «cubrir sus necesidades y adaptarla [a la persona asegurada] al sistema» (Jara 2011, 56).

Por tanto, esta lectura de la responsabilidad estatal justifica los abordajes centrados en el ajuste individual, pues se concibe la adaptación como la vía evidente para garantizar la satisfacción de las necesidades de la población. Desde esta perspectiva, la psicología se abstiene de interpelar al Estado por aspectos como la falta de acceso a la vivienda, la violencia social, la desigualdad, o la injusticia laboral; no en tanto condiciones que contribuyan a crear sufrimiento social, sino que se enfoca en capacitar a las personas para acceder a las necesidades básicas a través de la mejora de sus habilidades sociales, afectivas y laborales.

En este contexto, no se debe ignorar la dimensión política del concepto de dependencia, y la connotación negativa que esta adquiere en los contextos de reforma neoliberal del Estado, donde «cualquier adulto no percibido como trabajador soporta una carga mayor de justificación» (Fraser 2015, 128). Debido a lo anterior, hay motivos para examinar críticamente los efectos subjetivos y políticos de las salidas institucionales al modelo asilar, promovidas por la psicología.

«Marcando la cancha» en tiempos de (contra)reforma psiquiátrica

Gracias a la reforma psiquiátrica, las personas psicólogas insertas en ambos hospitales psiquiátricos realizan una mayor diversidad de tareas que sus antecesoras. La expansión de su campo de acción profesional es descrita de por una entrevistada la siguiente manera: «cambia el rol en términos de cuál es el tipo de intervención del psicólogo, que ya... [no] solo atiende al paciente cuando está compensadito... [ahora] puede intervenir a la familia... puede ir a la comunidad... puede trabajar con el usuario que ya manifiesta deterioro y ofrecerle algo» (Melina Entrevista, 29 de junio de 2021).

No obstante, varias personas entrevistadas coinciden en que «el sistema de salud, hasta la actualidad, tiene un componente de jerarquía totalmente dominado por la parte médica». Este patrón puede trazarse desde los puestos de dirección, que son asumidos en su totalidad por médicos, a pesar de vincularse a funciones cercanas a «algo más administrativo» (Tatiana Entrevista, 12 de mayo de 2021).

En los pabellones hospitalarios, sigue correspondiendo a psiquiatría determinar si una persona hospitalizada es referida, o no, a consulta psicológica. El motivo de referencia le da cierta potestad al psiquiatra, para delimitar las funciones de la persona profesional. Los cambios formales a la definición de los puestos, y las transformaciones en el modelo de hospital que les dan un contexto, pueden tensar con las expectativas del personal médico y las tradiciones institucionales.

Marcela describe el HNP como un «modelo biomédico 100%, donde la última palabra siempre la tiene el médico y todos los demás profesionales son accesorios». Asimismo, aunque el enfoque del Chacón Paut es «interdisciplinario», relata roces pasados con psiquiatras cuando, por una diferencia de criterio, psicólogas han decidido no aplicar ciertas pruebas diagnósticas, o abrir un espacio de escucha para una persona que no había sido previamente referida.

Según se desprende de su entrevista, las personas profesionales en psicología han continuado resistiendo la atribución del rol de psicometristas. Al respecto, plantea que «había referencias que recibíamos de psiquiatras que decían: ‘Paciente de 25 años. Femenina. En observación por patología de personalidad de tipo B. Aplíqueme Rorschach y MMPI.’ ¿Y usted con qué criterio me dice a mí qué tengo que aplicarle? ... Si yo le aplico pruebas psicológicas, una X o Y o Z prueba, eso es mi criterio como profesional». Agregando que «cuando usted me lo refiere a mí, usted me va a decir ‘favor valorar’, yo voy a decir qué le valoro».

El gremio profesional en psicología ha tenido que ir «marcando y limpiando la cancha» para afirmar la independencia del criterio profesional psicológico, en un contexto donde la adhesión al «imaginario médico todopoderoso, autoridad superior incuestionable» es escrutada por diversas figuras profesionales. «Nos ha pasado... que los enfermeros... anotan en expedientes cosas como que ‘la X paciente fue vista por psicología y no tenía referencia’» (Marcela Entrevista, 20 de mayo de 2021).

El número limitado de profesionales disponibles en psicología, y la extensión de su jornada laboral, han complicado las disputas sobre las atribuciones profesionales en los hospitales. Marcela destaca que las personas profesionales en psicología «no hacemos guardia»; por este motivo «si hay una situación de crisis que hay que abordar de emergencia, la tienen que abordar los enfermeros que están en turno», o eventualmente, «el psiquiatra». Esta situación complica la división profesional del trabajo hospitalario: «en esta cuestión de la psiquiatría... hay interferencias... de profesionales como los enfermeros en salud mental y los psiquiatras, en aspectos... que son propios de la psicología... a veces cuesta mucho deslindar hasta dónde llega uno y hasta dónde llega el otro» (Marcela Entrevista, 20 de mayo de 2021).

«Específicamente el surgimiento de la especialidad en salud mental en enfermería», así como el «enfoque... de trabajo social clínico», son vistos como «piedras en el zapato». Otra amenaza es «la normativa nueva que hizo el Colegio de Médicos en relación con el perfil del psiquiatra». Sin embargo, destaca como un aspecto digno de reconocimiento que, en los hospitales psiquiátricos «hay un servicio de psicología constituido como servicio con una jefatura [ocupada por un] psicólogo» mientras que en

«ninguna otra parte de la CCSS lo hay». Aun así, en el Chacón Paut esta jefatura estaba por oficializarse en el organigrama al momento de la entrevista, dado que este hospital todavía no era reconocido como nacional (Marcela, entrevista, 20 de mayo de 2021).

Algunas personas entrevistadas han instado al abandono global del modelo biomédico, materializado en el hospital psiquiátrico. Reinaldo lamenta que, a pesar de que «cada vez en el mundo se ve menos la necesidad [de hospitales psiquiátricos]... Ellos [los psiquiatras] tienen que tener un hospital». Al respecto, señala que «el hospital psiquiátrico... tendría que ser una unidad de intervención en crisis (Reinaldo Entrevista, 24 de junio de 2021).

Ahora bien, Adela declara que «una de las cosas que se han peleado en este hospital [es] que no debería llamarse hospital psiquiátrico, que debe llamarse hospital en salud mental» (Adela Entrevista, 2 de junio de 2021). Este marco alternativo presenta un escenario donde las jerarquías hospitalarias entre profesiones pueden modificarse. Al respecto, las personas entrevistadas se mueven entre los reclamos de igualdad entre disciplinas, por un lado, hasta disputar el lugar de *ciencia maestra* para la psicología, del otro.

La reforma psiquiátrica ha impulsado una ampliación del concepto de salud mental, que se traduce en la expansión del espectro de problemas concernientes al sistema. De cara a esta apertura, las personas profesionales en psicología identifican a su especialidad como la mejor capacitada para el trabajo en torno a diversas dimensiones, como «la parte contextual del «paciente», sus «situaciones», «conflictos» y «traumas» (Reinaldo Entrevista, 24 de junio de 2021).

Melina se refiere a terapia ocupacional, trabajo social y psicología como «las tres disciplinas más importantes», vinculando sus aportes a las áreas de la «funcionalidad» del usuario; la lucha administrativa porque «la persona salga del hospital... viva en comunidad... se consiga el dinero»; y el trabajo de «acompañar a la persona... para vivir en otro lugar» y que «sus habilidades... estén... más disponibles», respectivamente. Respecto a la psicología, destaca su visión «sistémica» donde la persona se comprende «en interacción con otros sistemas», y no solamente como un «ente biológico» (Melina Entrevista, 29 de junio de 2021).

En comparación con otras disciplinas, la psicología ofrecería una «percepción más amplia de la persona» integrando «elementos familiares, elementos de historia» (Adela Entrevista, 2 de junio de 2021). Tatiana, quien ha trabajado con el HNP por casi dos décadas, insiste en que «no solamente la parte farmacológica va a funcionarle a la persona, incluso, ese no es el centro de la intervención». Por este motivo, prevé para Costa Rica un futuro similar al de «otros contextos», como el «norteamericano», en que «tiene más injerencia el papel del psicólogo». A este respecto, se interroga: «¿Qué es la diferencia entre el psiquiatra y el psicólogo? Que el psicólogo no puede medicar en nuestro contexto, pero prácticamente si tuviéramos esa posibilidad ya más a nivel [sic] formativa... prácticamente el juego, la ciencia que desaparecería es la psiquiatría» (Tatiana Entrevista, 12 de mayo de 2021).

Los anteriores planteamientos reflejan cierta tendencia favorable a la

psicologización de la salud mental, que sigue un patrón común a las reformas psiquiátricas en otros países de América Latina (Ribeiro, Budd y Arruda 2018; Carrasco y Yuing 2014). En años recientes, el discurso público del gremio psicológico ha posicionado un reclamo de mayor protagonismo en el campo de la salud mental (Sancho 2022), adoptando en ocasiones un abierto antagonismo frente a la psiquiatría. Esta tendencia se hizo manifiesta en las discusiones en torno al expediente N° 22430 Ley Nacional de Salud Mental, impulsado en su versión inicial por la diputada Paola Vega.

El modelo biomédico, el de los derechos humanos posicionado por la Declaración de Caracas, y la tendencia hacia la expansión e indeterminación del campo de la salud mental, se tensaron en las primeras versiones de este proyecto. El mapeo de las profesiones de la salud mental en este documento se plasmó en una serie abierta, abarcando «todas las personas profesionales con título de grado en psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, y otras disciplinas o campos pertinentes» (Asamblea Legislativa 2022, art.8). Algunas de sus disposiciones adoptaron este carácter inespecífico, contemplando acciones por parte de las personas profesionales en salud mental como una generalidad, sin definir tareas o atribuciones particulares.

La versión inicial del proyecto limitó el margen de decisión de la psiquiatría al interior de los hospitales, introduciendo mecanismos para el control y la revisión de los internamientos involuntarios. En este marco, otorgó a la comunidad profesional de psicología y psiquiatría algunos roles diferenciados respecto al resto de las profesiones, aunque intercambiables entre sí. En esta línea, se dispuso que un profesional de una u otra de las disciplinas debía participar en el diagnóstico y en la solicitud del internamiento (art. 28). El documento, a pesar de su visión centrada en la atención hospitalaria, ofrecía una oportunidad para el reclamo de protagonismo por parte de la psicología, al equiparar el criterio psicológico y el médico.

El documento base fue objeto de observaciones críticas por parte del CPPCR (2021, 2-4), incluyendo su excesivo énfasis en la identificación de trastornos, su mirada centrada en lo individual en omisión de «las condiciones de vida de las personas», y su sesgo psiquiátrico, que según el CPPCR implicaban limitaciones al campo profesional de la psicología. No obstante, bajo la presidencia del especialista en psicología clínica Angelo Argüello, la junta directiva promocionó el proyecto de ley, bajo el argumento de que «nos permitirá avanzar... hacia políticas integrales de salud basadas en derechos humanos» (CPPCR 2022a).

Del otro lado, el Sindicato Nacional de Médicos Especialistas (SINAME) y representantes de la Asociación Costarricense de Psiquiatría (ASOCOPSI) rechazaron el proyecto. El gremio psiquiátrico se opuso a la intromisión al criterio médico en materia de internamientos y egresos, argumentando que violentaba el derecho de las personas usuarias a la salud (Ureña 2022). El proyecto fue retrotraído a primer debate en octubre de 2022.

A pesar de que ambos gremios se posicionaron como abanderados de los derechos de las personas «usuarias» en esta disputa, su concepción de tales derechos parece suponer un rol mayoritariamente pasivo para esta población. En sus argumentos en contra

o a favor del proyecto de ley, ninguno de los dos atendió al hecho de que las organizaciones civiles vinculadas a personas con experiencias de internamiento psiquiátrico no fueron ampliamente consultadas para la redacción de esta propuesta (Podemos Volar 2022). Esto sugiere que la disputa en torno al derecho a la salud mental no ha salido aún del campo de los «discursos expertos». Fraser (2015) caracteriza estos como esfuerzos de «traducción» de las necesidades desbordantes de la población, en servicios administrables por especialistas, que se encuentran institucionalizados en los aparatos estatales y son funcionales a la formación de clases profesionales.

En el año 2023, ambos gremios participaron en negociaciones con la diputada Andrea Álvarez (CPPCR 2023b), y dieron su adhesión al texto actualizado que ella impulsó (Asamblea Legislativa 2023). La solución de consenso en torno a la ley fue severamente criticada por abandonar todo compromiso con la defensa de los derechos humanos, llegando hasta eliminar las referencias específicas a instrumentos internacionales para la defensa de los derechos en el documento.

Un pronunciamiento firmado por docenas de personas agremiadas (Podemos Volar 2023), advierte que el texto sustitutivo eliminó la figura de auditorías ciudadanas, que abría espacios para la presión civil en materia de derechos humanos en los servicios de salud mental, y transformó el *órgano revisor* creado por el primer proyecto de ley en un *órgano técnico* dominado por los gremios. Esta versión además sujetó el derecho a rechazar procedimientos a que la persona «se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales... y sea certificado de esta manera por un médico especialista» (art.10, inciso j.), cercenando la más básica autonomía de las personas internadas. Estas disposiciones tiñen las propuestas de ley en salud mental de un carácter contrarreformista.

Al apoyar estas modificaciones, ambos gremios -psiquiátrico y psicológico- acordaron la reducción de la cuota de poder de la sociedad civil y de la persona internada en los hospitales psiquiátricos. El órgano técnico introducido por el proyecto, por lo demás, tiene un carácter estrictamente consultivo, por lo que los representantes que lo compongan carecerán de poder real para modificar las prácticas hospitalarias. Su función parece ser, al contrario, guardar al hospital de presiones externas y balancear -aunque sea simbólicamente- los intereses disciplinares en el sistema de atención en salud mental.

Conclusiones

Este artículo presentó una aproximación al estudio de las «fantasías de mapeo» mediante las cuales profesionales en psicología clínica leen sus relaciones con las disciplinas de la salud mental, en el marco de la (contra)reforma psiquiátrica. Primero se mostró la posición liminar que ha ocupado la especialidad, cuya identidad profesional se ha tensado entre dos disciplinas, la psiquiatría y la psicología, y entre dos contextos institucionales, los hospitales psiquiátricos y la UCR.

La cercanía simbólica, profesional y formativa entre especialistas en psicología clínica y psiquiatras se presenta como el principio de una inclusión precaria, aunque

profesionalmente ventajosa, a una estructura asistencial médico-céntrica, y el fundamento de jerarquías y recelos percibidos al interior del gremio psicológico.

También, se abordaron las ganancias y pérdidas profesionales de la psicología, a raíz de la reforma psiquiátrica. El Servicio de Psicología del HNP pudo desplegar sus propios programas de respuesta a la crisis social y económica, enfocados en el ajuste individual y la adaptación, mientras que en el Chacón Paut se atribuye a la reforma el desarrollo de un Servicio de Psicología. Varias personas entrevistadas celebran la adopción de la funcionalidad individual como criterio de organización hospitalaria en ambas instituciones, y como promesa, pues de ella dependen las apuestas por acabar con el asilo.

La promoción del paradigma de derechos humanos de las personas «con enfermedades mentales» ha significado una ampliación del campo de la salud mental en general, y del margen de acción de la psicología en particular. El rechazo al paradigma biomédico parece abrir un escenario incierto, donde las atribuciones profesionales están sujetas a disputas. Interrogadas sobre este escenario, las personas entrevistadas se debaten entre posturas tendientes al cercamiento de su campo profesional, los proyectos interdisciplinarios, y las oportunidades de protagonismo.

En la disputa en torno al proyecto de Ley de Salud Mental, los gremios psicológico y psiquiátrico expresaron su preocupación por los derechos de las personas usuarias, como fundamento a favor o en contra del documento inicial. El triunfo de la psiquiatría biomédica en este pulso se vio reflejado en un texto sustitutivo que introduce políticas tendientes a una contrarreforma psiquiátrica. Mediante su apoyo a este expediente, parte del gremio psicológico parece dispuesto a ceder en el compromiso con los derechos humanos, un componente central de la identidad profesional de especialistas en psicología clínica. De esta forma, ha evidenciado la incapacidad de desmarcarse del paradigma médico-asistencialista en el que históricamente ha tenido que negociar su posición. El apego del gremio al discurso experto en torno a la salud mental, que ha marcado su disputa con la psiquiatría, también limita su apertura a sumar fuerzas con actores y actrices de la sociedad civil, para lograr cambios sustanciales en los servicios.

Aunque se ha procurado mostrar patrones en las construcciones ideológicas de las personas entrevistadas, y de aquellas cuyas voces conocemos a través de fuentes documentales, no se pretende mostrar una imagen unitaria de las personas o grupos que componen este gremio; tampoco lo permitirían las fuentes. Los resultados sugieren que la autodefinición grupal de las personas especialistas en psicología clínica se negocia en contextos institucionales complejos y cambiantes, tensada entre vínculos profesionales ambivalentes y proyectos diversos.

Agradecimientos: Sebastián Aguilar, con quien trabajé una versión inicial de esta reflexión a modo de ponencia. A María José Masís y Andrés Dinartes Bogantes por la interlocución.

Apoyo financiero: Esta investigación fue financiada por la Escuela de Psicología de la

Universidad de Costa Rica

Referencias

- Adis, Gonzalo. 1984. «Recordando al Doctor Rolando Quirós Madrigal». *Revista Cúpula* 16: 21-26.
- _____. 1979. *Programa de postgrado para la especialidad en psicología clínica*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social. Centro de Docencia e Investigación.
- _____. 1994. «La Psicología en la Universidad de Costa Rica». *Revista de Ciencias Sociales*, 64: 17-26.
- Adis, Gonzalo. y Gary Arce. 1985. «La siquiatria en Costa Rica: algunas proyecciones futuras». *Cúpula*, 19: 16-17.
- Agüero, María. y Gonzalo Correa. 2018. «Salud mental y ciudadanía: una aproximación genealógica». *Revista de Historia de la Psicología*, 2018, 1: 40–46. DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2018a6>
- Asamblea Legislativa. 2022. Expediente 22430. Ley de Salud Mental. 15 de febrero de 2022. <https://t.ly/wx8in>
- Asamblea Legislativa. 2023. Expediente 22430. Ley de Salud Mental. 3 de marzo de 2023. <https://t.ly/KeR0u>
- Asociación de Profesionales en Psicología de la Caja Costarricense de Seguro Social 2020. «Manifiesto público», *Facebook*, 1ero de febrero de 2020. <https://t.ly/3qRQM>
- Calvo, Carlos., Dayana. Charpentier, Jeannette Fallas, Jency Jiménez, Ana Rivera, y Johana Torres. 2010. *Historia de la Psicología Costarricense. Período 1957-1985*. Memoria de Seminario de graduación de licenciatura en psicología. Universidad de Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). 2018. *Oferta de servicios especiales de psicología*. Volumen 1. Costa Rica.
- Calderón, Joaquín. 2021. «El exilio chileno en Costa Rica 1970-2000». Tesis de Maestría, Universidad de Costa Rica.
- Campodónico, Nicolás. 2018. «La configuración de las políticas públicas en Argentina. Desde la profesionalización de la Psicología hasta la Ley de Salud Mental (1954–2010)». *Coordenadas* 2: 67-89.
- Carrasco, Jimena. 2011. *Intervención social en Salud mental y psiquiatría en Chile. Una aproximación desde las interfaces de la gubernamentalidad*. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Carrasco, Jimena. y Tuillang Yuing. 2014. «Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: interfaces en las producciones de subjetividad». *Psicoperspectivas*, 2: 98-108. doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVASVOL13-ISSUE2-FULLTEXT-415
- Casas, Gerardo. 1980. «Los niveles de prevención y la rehabilitación del enfermo mental». *Cúpula* 7: 17-21.
- Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (CPPCR). 2022a. «Expediente N° 22430: Comisión de Derechos Humanos dictamina Ley Nacional de Salud

- Mental». De: <https://psicologiacr.com/expediente-no-22430-comision-de-derechos-humanos-dictamina-ley-nacional-de-salud-mental/>
- _____. 2022b. Encuentro de Psiquiatría y Psicología en Pro de la Ley Nacional de Salud Mental. <https://t.ly/IT41I>
- Danziger, Kurt. 1990. *Constructing the Subject. Historical Origins of Psychological Research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eagleton, Terry 1997. *Ideología: una introducción*. Madrid: Paidós.
- Ferreira, Joao. 1980. «Rehabilitación de los pacientes del hospital nacional psiquiátrico». *Cúpula* 7, 17-21.
- Fraser, Nancy 2015. *Fortunas del feminismo*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- González, Mirta. 2013. *Crimen con sonrisa*. San José: EUCR.
- Jameson, Frederic. 1989. *Documentos de cultura, documentos de barbarie*. Madrid: Visor
- Jara, Marisol. 2011. «Derecho al trabajo de la persona con discapacidad en Costa Rica». *Cúpula* 1-2: 50-58.
- López-Core, Roberto. y Maricela Méndez. 1995. «Reflexiones sobre la Rehabilitación del Enfermo mental». *Cúpula* 37: 4-12.
- López-Core, Roberto. 2015. «Reseña histórica del Servicio de Psicología Clínica». *Revista costarricense de psicología*, 2: 46-57.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud 1990. *Declaración de Caracas*. Recuperado de <https://shorturl.at/qzM45>
- Podemos Volar 2022. «Pronunciamiento Proyecto de Ley Nacional de Salud Mental (Exp.22430)». Facebook, 20 de marzo. <https://t.ly/tlnhS>
- Podemos Volar 2023. «Les compartimos este valioso pronunciamiento que hicieron varias personas profesionales en psicología respecto al expediente No. 22430 Ley Nacional de Salud Mental». Facebook, 24 de febrero de 2023. <https://shorturl.at/inoCE>
- Ribeiro, Daniela., Cristiane Budd y Arthur Arruda., 2018. «Transformación de prácticas y saberes en salud mental y gubernamentalidad: los años 1970 en Santa Catarina, Brasil». *Revista de Historia de la Psicología*, 1: 4-11. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.224.1007>
- Sandoval, Carlos. 2011. «Rehabilitación psicosocial: Reconsideraciones conceptuales y perspectivas actuales». *Revista Cúpula* 1-2: 8–26.
- _____. 2018. «Rehabilitación Psicosocial en Costa Rica: una experiencia centroamericana». *Boletín Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial* 31: 25–37.
- Sancho, Hilda. y Juan Venegas. 2019. «Revisión de la educación médica en Costa Rica: logros y desafíos». *Revista de la Fundación Educación Médica*, 4: 159-164. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.224.1007>
- Sancho, Valeria. 2017. «Uso de la Terapia Electroconvulsiva en el Hospital Nacional Psiquiátrico: una reflexión crítica en torno al proceso de protocolización del procedimiento y las experiencias/puntos de vista de profesionales en psiquiatría». Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica.

- _____. 2022. «Psicopolítica costarricense: la misión social de la psicología según programas de higiene y salud mental». *Quaderns de Psicologia*, 24(3), e1913. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1913>
- Sistema de Estudios de Posgrado (SEP). 2023. «Especialidad en Psicología Clínica». Acceso el 2 de marzo de 2023. <https://shorturl.at/gxMY2>
- Ureña, Jason. 2022. «Colegios profesionales chocan por abordaje de internamientos de Ley de Salud Mental. CRhoy, 7 de mayo». <https://t.ly/iFeG->
- Van Dijk, Teun. 1999. *Ideología. Una aproximación multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.
- Zoch, Carlos, 1984. Espacio de la Asociación costarricense de psicología y psiquiatría. *Cúpula*, 17: 18-20.