



SERVICIO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, 60 ANIVERSARIO, 1957-2017



Dr. Roberto López Core¹

ENSAYO

RESUMEN

A propósito de la celebración del 60 aniversario del Servicio de Psicología Clínica, se presenta una síntesis de los antecedentes históricos de la Psicología Clínica en el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica, que sirvió de base para promover el desarrollo de la disciplina en este país a nivel asistencial, académico e investigativo, así como la inserción en el modelo clínico-asistencial hospitalario. Se referencian las funciones propias de los profesionales en el tratamiento psicológico, evaluación psicológica, docencia-investigación y programas de prevención primaria en salud mental. Nos referimos además, a la reforma paulatina del modelo asistencial que está en curso en el Hospital y a las acciones emprendidas en rehabilitación psicosocial, desinstitucionalización e inclusión en la comunidad y en la red asistencial, de las personas que presentan trastornos mentales.

Palabras Clave: servicio psicología clínica, funciones psicólogo clínico, hospital psiquiátrico, rehabilitación psicosocial.

ABSTRACT

In celebration of the 60th anniversary of the Service of Clinical Psychology we present a summary of historic events in the field of Clinical Psychology in the National Psychiatric Hospital of Costa Rica. These events have served as a base for the development of the discipline nationwide in terms of assistance, academics and investigation along with the insertion of the clinical-assistencial model. We reference the individual functions of professionals in psychology treatment, psychology evaluation, research and teaching and programs in primary prevention in mental health. We also refer to the gradual transformation of the assistencial model in course at the hospital and the steps taken in psychological rehabilitation and de-institutionalization. Also detailed is the re-inclusion in communities and into the network of assistance of people with mental needs.

Keywords: clinical psychology service, clinical psychologist function, psychiatric hospital, psychosocial rehabilitation

¹ Dr. en Psicología, Especialista en Psicología Clínica, Jefe del Servicio de Psicología Clínica. Hospital Nacional Psiquiátrico, San José. Costa Rica. Correo: rlopez@ccss.sa.cr



INTRODUCCIÓN

El 60 aniversario de la fundación del Servicio de Psicología Clínica, produce júbilo y satisfacción a la vez que invita a reflexionar y retrotraernos en el tiempo para repasar fechas, acontecimientos y personas que contribuyeron con su consolidación y que dejaron su huella. Desde la perspectiva actual, se indicarán los objetivos y las metas proyectadas a un futuro promisor, en el que las tecnologías de información y comunicación, la innovación y la integración serán los ejes temáticos que nos permitirán crecer profesionalmente. El Servicio de Psicología Clínica se encuentra comprometido, en lo que a su área corresponde, con el plan estratégico del Hospital Nacional Psiquiátrico, particularmente con la reforma y cambio de paradigma acorde con una nueva visión de la atención, cuyo enfoque ecosistémico y contextual de la salud mental, prioriza el abordaje en la comunidad. Por todo ello, celebrar este evento es sinónimo de evocar el inicio del ejercicio profesional de la Psicología Clínica en Costa Rica, así como también, revisar su evolución en el tiempo.

Antecedentes históricos de la Psicología Clínica

Es innegable, a nivel histórico, el impulso de E. Kraepelin y S. Freud a la Psicología Clínica; sin embargo, el verdadero fundador, fue el ampliamente reconocido psicólogo Ligther Witmer (1867-1956), quien después de graduarse con W. Wundt, con quien había hecho la tesis doctoral, instituyó la psicología clínica en la Universidad de Pensilvania en

el año 1896, fundando la primera clínica psicológica, similar a lo que hoy sería un centro de orientación psicopedagógica (Duro, 2003). En 1907, L. Witmer fundó la primera revista de psicología clínica con el título de: *"The Psychological Clinic"*; de la cual fue su editor y colaborador hasta que la misma dejó de publicarse en 1935.

Las guerras mundiales de principios y mediados del siglo XX generaron una gran demanda de atención psicológica de todo tipo. Después de la Segunda Guerra, frente a la eminente necesidad de atender a las personas que presentaban trastornos emocionales o neurocognitivos, de origen diverso, se generó un éxodo de los psicólogos que estaban trabajando en los laboratorios experimentales de las universidades, al mundo de la psicología aplicada. En el año 1945 se reconoció, en Estados Unidos, en el estado de Connecticut, por medio de una certificación legal, la *Especialidad en Psicología Clínica*. Este notable avance fue muy significativo para el desarrollo posterior de la Psicología Clínica, pues le otorgaron confiabilidad y prestigio. La necesidad de atención se fue incrementando y se organizó un sistema de formación en psicología clínica con las normas requeridas por la *American Psychological Association*, fundada en 1892 en la Universidad de Clark, siendo su primer presidente G. Stanley Hall.

Esta formación en psicología clínica se conoció posteriormente, en 1949, como el método Boulder, en Colorado (denominado así por la ciudad donde se originó). Trull y Fares (2003), mencionan que la Conferencia de Boulder resultó un acontecimiento significativo para



la psicología clínica porque explicó el método científico para la formación a los psicólogos clínicos.

A mediados del siglo XX, algunos psicólogos se inclinaron sustancialmente a la prestación de servicios psicológicos, dividiendo su tiempo entre la clínica, la docencia y la investigación en instituciones de prestigio. Así fue como los psicólogos incorporaron, a sus investigaciones clínicas o epidemiológicas, a aquellas personas psicológicamente afectadas o que presentaran niveles importantes de psicopatología. De esta forma, su rol como clínico, investigador y docente fue dando consistencia a su trabajo en el ámbito institucional y académico.

Con este escenario de fondo y como ramificación del proceso que se fue originando en EE.UU, regresó a Costa Rica, después de haber adquirido una sólida formación clínica en la Universidad de Berkeley, el Dr. Gonzalo Adis Castro, quien fue el padre de la Psicología Clínica en este país, además de fundador del *Departamento de Psicología Clínica* del antiguo Hospital Psiquiátrico, en el año 1957. G. González (1989), menciona: “(...) con la creación del *Departamento de Psicología en 1957, se iniciaron con rigor académico, la psicoterapia, la investigación y las publicaciones científicas (...)*”.

Hospital Psiquiátrico en la década 1950-1960

En este momento es oportuno recordar cuál era el contexto histórico clínico-conceptual que se vivía en esa época y compararlo con los conceptos clínico-asistenciales predominantes en la actualidad.

Los eventos clínico-asistenciales ocurridos en el Hospital, previos a la década de los años 1950-1960, se refieren a la (...) *primera práctica clínica de lobotomía frontal (1947) y prácticas diversas de intervenciones neuroquirúrgicas (1948-1952) con muy discretos resultados y la creación de la unidad de insulino terapia de Sekel, para el tratamiento de la esquizofrenia, en el año 1952. Durante esa misma década, se creó el Servicio de Electroencefalografía en 1950, el Servicio de Trabajo Social en 1952, la Oficina de Personal, el Departamento de Estadística 1955, el Departamento de Enfermería y el Departamento de Psicología Clínica 1957, (...) según lo reseña G. González, (1979), citado por Mariátegui, (1989). De igual forma, en esa década se introdujo la Clasificación de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), DSM-I (1952) que tuvo relevancia y trascendencia internacional.*

Quizás es por estas y otras razones, por las que a la década, (1950-1960) se le conoce como la “*década de oro*” y especialmente, de la psicofarmacología, la cual fue un punto de partida muy relevante para la psiquiatría. Fue un periodo de una auténtica “*revolución*”, en el tratamiento biológico de los trastornos mentales. Por primera vez en la historia, se introdujeron las nuevas drogas psicotrópicas: (*largactil, reserpina, imipramina, entre otras.*), productos farmacéuticos eficaces en el manejo de las personas que presentaban trastornos mentales (López, Álamo y Cuenca, 2000).

En otro orden, es interesante revisar brevemente, acontecimientos o descripciones noveladas, ficticias pero verosímiles, de situaciones y personajes que podrían haber



interactuado en ese ambiente particular que describe la novela de **“Cachaza”**, escrita por el médico Virgilio Mora, quien precisamente trabajó en el “Asilo Chapuí” (Hospital Psiquiátrico) y que fue publicada en el año 1977, con un estilo literario de amplios matices que invita a pensar si, en alguna medida, la ficción se transfigura con la realidad de aquellos años. En esa década (1950-1960) coincidentemente, el Hospital ya estaba cumpliendo 60 años de historia, época para la cual el modelo asilar estaba ya desbordado por la sobrepoblación. En consecuencia, el manejo asistencial evidenciaba limitaciones de espacio importantes, siendo resueltos al margen de los Derechos Humanos, que poco tiempo antes, en 1948, habían sido promulgados por la Organización de Naciones Unidas (ONU).

La publicación de esa novela constituyó una verdadera sorpresa en el medio hospitalario y no se evitaban, *“sotto voce”*, los comentarios críticos y molestos de pasillo entre los profesionales. Para la fecha de la publicación, en 1977, ya se había trasladado el Hospital, (en 1974), al distrito de Pavas, ubicándose en las actuales instalaciones, bajo la modalidad y pretensión, en ese entonces, de ser un *“hospital abierto”*. El prólogo de esta novela es, desde sus primeras líneas, una clara denuncia social: *“(…) es una obra cruel, amarga, increíble testimonio de pesadilla que muestra hasta qué extremo de envilecimiento puede llegar el hombre cuando se desvirtúan sus principios éticos. Cuando parece renegar de su condición humana y emprende el retorno hacia las oscuras cavernas de la animalidad.*

Un mundo de horror se descubre y expresa a través de esta novela desgarradora. Con

leguaje brutal, en diálogos despiadados, el narrador logra crear la atmósfera, enrarecida, sofocante, del asilo donde viven su tragedia esas sombras que una vez fueron hombres o mujeres antes de los tratamientos. En verdad dos mundos se interpolan constantemente, de manera angustiada: el implacable de los torturadores; y el de las víctimas con sus miedos, sus infortunios y algo parecido a la esperanza que se desvanece siempre en el tratamiento.

Es un tremendo documento humano, una patética denuncia de hechos que no tienen explicación ante la conciencia y que, seguramente, ya no se dan en nuestro medio. Su autor es el intérprete de una situación: pero en ella descubre la hipocresía de una sociedad.” (Mora, 1977).

En su evolución, el Hospital, a pesar del cambio en el espacio físico, siguió funcionando como Asilo, con centenares de personas retenidas de por vida, en un modelo custodial asilar. La institución se caracterizó por ser un hospital psiquiátrico nacional de referencia, para usuarios en fases *“aguda o crónica”*, que tuvo una dotación hasta de 1253 “camas” al inicio de los años 1980 (G. González, 1989). Paulatinamente se fue introduciendo el modelo biopsicosocial, pero la innegable expansión y mercadotecnia de los psicofármacos, fue consolidando el modelo biológico. Hoy por hoy, ambos modelos, biológico y psicosocial interaccionan y se respetan. La disminución de la población es significativa, contando con un estimado de 345 usuarios, es decir, 231 en el Hospital y 114 en el Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental y Conflictos con la Ley (Capemcol).



Si se compara esa primera “*década dorada*” con la situación actual, se percibe un incremento significativo en el consumo de psicofármacos en Costa Rica y a nivel mundial. Es por esto que, en los últimos años, algunos autores han realizado severas críticas que no necesariamente cuestionan la medicación psicofarmacológica como tal, pero sí con firmeza, las dosis, el tiempo de consumo y el abuso, la manipulación que se gesta en las alianzas de la industria farmacéutica con asociaciones de psiquiatría y líderes de opinión, que han permitido el uso iatrogénico de estos productos y que Peter Gøtzsche, en su libro publicado en el año 2016: “*Psicofármacos que matan y denegación organizada*”, expone como una amenaza. La lectura del mismo resulta igualmente perturbadora para cualquier profesional de la salud mental, sea cual sea su posicionamiento en cuanto al modelo biologicista que continúa predominando en el área (Celis, 2016). Por otra parte, Frances A (2014) en su libro: *¿Somos todos enfermos Mentales?* advierte del sobrediagnóstico propuesto por el DSM-5 y la sobremedicación por los diagnósticos inexactos.

Modelo conceptual inicial

El fundador del Servicio de Psicología Clínica, el Dr. Gonzalo Adis Castro (1927-2006) era afín al modelo conceptual teórico del psicoanálisis interpersonal o teoría de las relaciones interpersonales. Harry Stack Sullivan (1892-1949) fue el creador del ese modelo teórico, el cual destaca el énfasis en la situación o contexto interpersonal y en las relaciones humanas que definen y constituyen esa situación. Para Sullivan los trastornos emocionales emergen en el contexto de la

interacción entre los seres humanos. Destaca, además, el papel fundamental del proceso comunicacional en las relaciones entre las personas. Este autor conceptualizó la psicopatología como algo que nace y vive en el campo de las relaciones humanas. Por otra parte, a pesar de haber sido psicoanalista, desde un principio se alejó de la teoría de la libido y de sus metáforas biológicas.

La teoría de las relaciones interpersonales de Sullivan se apoya en tres consideraciones epistemológicas. El proceso de desarrollo del individuo, el marco de referencia de la teoría de campo, es decir, en el campo transaccional y el punto de vista operacional. Se considera que la unión de estos dos últimos aspectos, permite distinguir entre la escuela interpersonal y las otras escuelas teóricas.

En correlación al proceso de desarrollo del individuo, Sullivan postula dos grupos de motivación que impulsan o guían el comportamiento del individuo en su interacción con el ambiente, a saber, necesidades biológicas y necesidades de seguridad (Sullivan, 1940). La experiencia de ansiedad resulta de la no satisfacción de estas necesidades de seguridad. La experiencia de seguridad y el esfuerzo por evitar la experiencia de ansiedad, guían el proceso de socialización del individuo.

Influido por este marco conceptual teórico, el Dr. Gonzalo Adis Castro publicó dos ensayos basados en los aportes de Sullivan y en otros autores de la misma escuela, uno de ellos, Edgar A. Levenson quien publicó en español con el título “*Requiem por el Psicoanálisis*” (1974). El primero se titula “*Interacción en*



Espejos. Sobre el encuentro psicoterapéutico” (1978) en el que describe algunos aspectos que definen el proceso psicoterapéutico como un interjuego interaccional en el que ambos, paciente y terapeuta, participan y se comprometen. Posteriormente, en esta misma línea, publicó *“Psicoterapia desde una Perspectiva Interpersonal. Variaciones sobre un mismo tema”* (1991) en el que presenta una perspectiva en psicoterapia fundamentada en el llamado movimiento interpersonal, sirviéndole como marco teórico de referencia.

En las últimas décadas, los modelos psicoterapéuticos predominantes más destacados, han sido los psicodinámicos, los conductuales, los humanista-existenciales, los sistémicos y los cognitivos. Se ha producido un marcado énfasis en las cogniciones y resulta poco creíble que, independiente del modelo de adscripción al que el terapeuta pertenezca, no postule algún tipo de cambio cognitivo. A pesar de esta diferenciación, el modelo eclético de intervención, en un amplio número de profesionales, ha ganado mucho terreno en el ámbito terapéutico.

El enfoque común de estos modelos radica en la importancia que se otorga a las cogniciones, tanto en la génesis de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico. El término cognición se utiliza en el sentido amplio que incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc., aunque de igual forma, frente al desarrollo vertiginoso de las neurociencias en los últimos años, es innegable la incorporación paulatina de enfoques, instrumentos, procesos de comprensión y abordaje neurocognitivo de los trastornos mentales.

En la actualidad, algunos de los factores que han contribuido al auge del modelo cognitivo es la convergencia de las terapias cognitivas, de orientación cognitivo-conductual, con la terapia conductual y el énfasis en el modelo científico que está presente, no sólo en la investigación sobre los procesos y resultados terapéuticos, sino también en los mismos modelos teóricos propuestos en psicopatología y psicoterapia. Su alto nivel de sistematización constituye otro rasgo destacable que es compartido por la mayor parte de las terapias cognitivas y que ha contribuido, en gran medida, a acercar la investigación psicoterapéutica a la psicología científica (Feixas y Miró, 2009).

Cronología Histórica del Servicio

El Servicio de Psicología Clínica inició en el Hospital Psiquiátrico, en el año 1957, con la inserción del Dr. Gonzalo Adís Castro en el área clínico-asistencial, la docencia, la investigación y la formación de psicólogos en el área clínica. Después de varios años de funcionamiento, este Servicio fue creciendo paulatinamente con la llegada de profesionales, tanto nacionales como extranjeros, interesados en el programa de formación en la especialidad de Psicología Clínica (López, 2013). Son múltiples los datos históricos que podrían servir como referencia para conocer el desarrollo del Servicio, su implicación y compromiso con programas, actividades y cambios que fueron sucediéndose a través del tiempo en el Hospital.

En el año 1978 el Hospital, que pertenecía a la Junta de Protección Social de San José, fue *“traspasado”* a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En el transcurso del año 1979



se originó la oficialización o reconocimiento formal del Programa de la Especialidad de Psicología Clínica, vinculado estrechamente al Servicio, por el Sistema de Estudios de Posgrado (SEP) de la Universidad de Costa Rica (UCR), en la modalidad de “residencia” y avalada por el Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CENDEISSS).

En el año 1980, el Servicio de Psicología Clínica estaba integrado por cuatro psicólogos clínicos, ocho residentes y dos secretarías. Como se mencionó anteriormente, la consolidación del *modelo biopsicosocial* generó el incremento de plazas de Especialistas en Psicología Clínica para conformar los *equipos interdisciplinarios* en Hospitalización. Siendo congruentes con esta premisa, en el año 1981 se otorgaron diez plazas más de residentes para conformar los mencionados equipos en este Hospital y en otros centros de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

A partir de 1990, fue instaurándose paulatinamente en el Hospital un nuevo paradigma de atención, orientado a cambiar las condiciones ambientales y asistenciales de los usuarios que presentaban trastornos mentales severos y persistentes. El cambio paulatino se fue imponiendo a pesar de las resistencias, incorporando la filosofía de la rehabilitación en programas de vida diaria básica e instrumental y desarrollo de habilidades sociales y cognitivas, como medio para orientar al usuario hacia la desinstitucionalización. Las actividades giraban alrededor del eje transversal de la aplicación de los Derechos Humanos y Civiles de los usuarios/as, promovidos por la “*Declaración de Caracas*”

(1990) y por los lineamientos emanados de los “*Principios para la protección de los enfermos mentales*” y el mejoramiento de la atención de la salud *mental*”, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.

Fue a partir de 1995 que surgieron los proyectos para proponer servicios alternativos a la institucionalización psiquiátrica. Las instancias judiciales dieron la voz de alerta sobre el aumento de denuncias contra personas menores de edad que estaban presentando infracciones legales, consumo de sustancias y severos trastornos de adaptación o de conducta y delincuencia, provenientes de instituciones o de núcleos familiares en conflicto, con medidas cautelares. En el 2005, la Sala Constitucional emitió el Voto número 2005-05871, mediante el cual instó a la Caja Costarricense del Seguro Social a poner en práctica el contenido de la Ley 8204 y por lo tanto, crear el *Programa de Nuevos Horizontes* en este Hospital, cuyo objetivo básico apuntaba, precisamente, a la desintoxicación de esas personas menores de edad. Entre el personal nombrado se contó con un psicólogo general y un especialista en psicología clínica.

La población infanto-juvenil siguió siendo objeto de preocupación en el ámbito asistencial y desde la perspectiva de la prevención primaria. En el año 2006 se creó el “*Programa de Casas de Prevención Infanto-Juvenil*”, que tiene como objetivo fundamental la prevención en poblaciones vulnerables de Pavas, donde las condiciones psicosociales dejan a los niños, niñas y adolescentes expuestos a un riesgo constante de ser excluidos del sistema



educativo. Ante esta situación, el objetivo es realizar un programa sistemático de prevención e intervención psicosocial, con niños, niñas y adolescentes de gran vulnerabilidad, habitantes de tres comunidades de Pavas: Pueblo Nuevo, Finca San Juan y Metrópolis. Esto con el fin de construir un destino alejado de las drogas, violencia, autodestrucción y destrucción de los otros. A este programa exitoso están asignadas cuatro psicólogas del Servicio.

Durante varias décadas, la convivencia de las poblaciones de personas usuarias, en una misma unidad, que presentan trastornos mentales y los que a su vez presentan trastornos mentales y algún ilícito legal, era un tema que había causado preocupación a los profesionales, entre ellos, a funcionarios del Servicio, por los riesgos a los que se veían expuestos los usuarios más vulnerables. El 20 de marzo del 2009, la Sala Constitucional emitió el voto 2009-004555, ante un recurso de amparo promovido por la madre de un usuario hospitalizado y vulnerable, quien fue objeto de abusos durante su internamiento. El voto ordenó a la Caja Costarricense de Seguro Social, que en un plazo razonable, debía separar a estas dos poblaciones, mientras se encuentran las soluciones alternativas, como es la construcción de un edificio para alojar a ese grupo poblacional. Para dar cumplimiento al voto, en junio del año 2010 se creó el *Centro de Atención para Personas con Enfermedades Mentales y Conflictos con la Ley*. Al día de hoy están asignados, a ese Centro, tres especialistas en psicología clínica.

Producto de la concertación entre el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y la Dirección

General del Hospital, en el mes de julio 2016, se llegó a un acuerdo para la aplicación de la *Declaratoria de Abandono* de varias decenas de personas usuarias. Se conformó una Comisión Especial para la Ubicación, de casi 100 personas en abandono en el Hospital Nacional Psiquiátrico. La Comisión emprendió acciones de manera inmediata, a partir de julio 2016, relativas a la desinstitucionalización de cuarenta personas adultas mayores que se encontraban en régimen asilar, lo cual se hizo efectivo. De nuevo, en julio del 2017 se activó la comisión especial y en el plazo de seis meses se realizarán la gestiones conjuntamente con el Consejo Nacional para la Discapacidad (CONAPDIS) y el Consejo Nacional para el Adulto Mayor (CONAPAM) para desinstitucionalizar al grupo de usuarios que están a la esperan de que se haga efectivo su egreso. El personal del Servicio asignado a esa comisión, contribuyen a alcanzar la meta de dar fin al modelo de atención asilar.

Desarrollo del Servicio

Por un período de treinta y tres años, el Dr. Adís Castro estuvo a cargo del Servicio. Desde su inicio, se pueden apreciar cuatro ejes temáticos en el desempeño profesional. La *evaluación psicológica*, la *psicoterapia*, la *docencia e investigación* y la planificación y organización de la actividad de la *psicológica comunitaria*, a las que haré referencia a continuación. En la época inicial, tal como se mencionó, el modelo teórico predominante era el psicoanálisis interpersonal, no obstante, de forma paulatina ha ido evolucionando hacia un modelo que podríamos denominar ecléctico.



La **evaluación psicológica** en sí, es una disciplina que se ocupa del estudio del comportamiento humano en los niveles de complejidad que sean necesarios, con el fin de describir, clasificar, predecir y explicar la conducta humana en un contexto psicopatológico. Dentro del ámbito de la evaluación psicológica, con el paso del tiempo, se han diversificado los instrumentos y se han ido introduciendo paulatinamente nuevas herramientas que se basan en programas expertos de cómputo, dejando atrás otros métodos tradicionales de evaluación. Así, el futuro de la evaluación psicológica se orienta hacia dos perspectivas: el enfoque descriptivo-predictivo y el enfoque intervencionista-valorativo. El primero, ligado al modelo psicométrico con las fases de: recogida de la información, formulación de hipótesis, administración de pruebas psicológicas e integración y comunicación de resultados. El segundo, ligado al modelo conductual, cuyos objetivos son: la elaboración de un plan de tratamiento orientado a la medición del cambio terapéutico, la intervención con la guía de protocolos y la valoración del proceso de intervención (Ballesteros, 2005).

Los Tratamientos Psicoterapéuticos. De forma paralela, los tratamientos psicológicos han ido evolucionando y con el tiempo han aparecido nuevos enfoques y sistemas de psicoterapia, con una concepción amplia, basados en la evidencia. Al respecto, el término psicoterapia, tal como lo señala Feixas y Miró (2009) “...no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica

en diversas orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas”.

De reciente creación es la Unidad de Psicotrauma, que mediante el entrenamiento en el modelo terapéutico de *Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares* (EMDR) constituye un valioso abordaje psicoterapéutico en el tratamiento de las dificultades emocionales causadas por experiencias difíciles en la vida del sujeto, desde fobias, ataques de pánico, muerte traumática y duelos o incidentes traumáticos en la infancia, hasta accidentes y desastres naturales. Por otra parte, el método *Brainspotting* es un tratamiento novedoso que funciona identificando, procesando y liberando las fuentes nodales neurofisiológicas del dolor emocional y corporal, trauma, disociación y de una variedad de otros síntomas difíciles.

En las **Actividades de Psicología Comunitaria**, el Servicio ha participado en las mismas, todas ellas dirigidas a favorecer y estimular la salud mental, mediante la capacitación de profesionales y no profesionales en el manejo apropiado de conductas y ajuste emocional. Estas acciones han formado parte de los programas comunitarios de las diferentes instancias asistenciales, orientadas hacia los tres niveles de prevención. El Primer Nivel de Prevención tiene como lema: “Más vale prevenir que curar”. El Segundo Nivel “Más vale curar que rehabilitar” y el Tercer Nivel “Más vale rehabilitar que cronificar”. Si bien estos son los niveles tradicionales de prevención, en la actualidad, estamos enfocados en un cuarto nivel, la *latrogenia* como Prevención Cuaternaria de la Salud



Mental, que se define “...como la intervención que evita o atenúa las consecuencias de las actividades innecesarias o excesivas del sistema de salud (...). (...) En Salud Mental, la prevención cuaternaria incluye proteger a los usuarios/as de intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas excesivas, inadecuadas o innecesarias...” (Ortiz e Ibáñez, 2011).

La **Investigación y la Docencia** ha ocupado un lugar relevante en el desenvolvimiento del Servicio. A lo largo del tiempo, surgieron planteamientos, diseños, realización y asesoría de estudios de investigación, tanto en el campo clínico como epidemiológico. El Servicio de Psicología Clínica, junto con el *Instituto de Investigación Psicológicas* (IIP) de la Universidad de Costa Rica, colaboró en varios de estos estudios en el campo de la salud mental, al darse la circunstancia de que algunos psicólogos que trabajan en el Servicio, también realizaban funciones de investigación en el mencionado Instituto. Al Dr. Adis Castro, en ocasiones como autor y en otras como coautor, se le reconoce el afán creativo y el valor científico de la mayor parte de dichos estudios. En la actualidad, esa cooperación se mantiene, pero mediante la asesoría y docencia en investigación clínica, a residentes del Posgrado.

En el área de actividades **académico-docentes** cabe destacar el compromiso del Servicio por la formación, desde sus inicios, de Especialistas en Psicología Clínica, en régimen de residencia y las actividades docentes desarrolladas por un buen número de profesionales como profesores en universidades públicas y privadas, en estudios

de pregrado, grado y posgrado, colaborando con su expertiz, en la formación de futuros profesionales en psicología en este país.

El modelo de formación, en régimen de residencia, quiso ser emulado por algunas escuelas de Psicología de Universidades privadas quienes, a partir del año 2000 comenzaron a impartir una maestría en psicología clínica y muy pronto desearon homologar los programas y los títulos académicos otorgados por la Universidad de Costa Rica (UCR). Se mantienen las divergencias entre los Especialistas en Psicología Clínica de la UCR y los profesionales con Maestrías en Psicología Clínica de diversas universidades. Estas diferencias de opinión han desembocado en juicios contenciosos administrativos, el último Ex. N°12-001511-1027 CA del 30 de setiembre 2014 y un recursos de amparo Ex. N°10001648-0017-CA y la Res.2010004659 del 05 de marzo del 2010. Ambos destacaron la diferencia de ambos programas académicos. A la fecha, una de las instituciones empleadoras de estos profesionales, como es la Caja Costarricense de Seguro Social, se encuentra enmendando el error de haber homologado los salarios de los profesionales, constituyendo una irregularidad técnico-administrativa.

La **Rehabilitación Psicosocial** promovida por el Servicio, junto con otras disciplinas afines, en aras del proceso de desinstitucionalización, se inició desde hace varias décadas, con la puesta en marcha en el año 1974, del *Programa de Hogares Transitorios* ubicados en el barrio de Villa Esperanza de Pavas, supervisados por el Hospital. En esa misma época también



se creó el *Programa del Hospital Diurno*, hoy “*Centro de Día*”.

A partir del año 1994, profesionales del Servicio participaron activamente en los movimientos de reforma asistencial, orientados a mejorar la calidad de vida de las personas institucionalizadas en algunos pabellones de Larga Estancia, desde una perspectiva de Derechos Humanos. Desde 1988, se contó con la ayuda de la misión italiana al frente del Dr. Benedetto Saraceno, del Dr. Scálfari y otros, quienes iniciaron un proceso de capacitación al personal para la reforma institucional que se pretendía realizar.

Otras fechas relevantes en materia de rehabilitación fueron en 1992, cuando se destinó una casa, contigua al Hospital, para acoger personas egresadas, después de haber alcanzado un nivel de funcionalidad satisfactorio. No menos importante fue la consolidación, en 1994, del *Programa “Vida Diaria”* orientado a habilitar y rehabilitar a las personas usuarias en destrezas de autocuidado y relaciones interpersonales, entre otras.

La necesidad de seguir promoviendo espacios fuera del hospital, permitió el surgimiento de iniciativas para la creación de los servicios alternativos a la institucionalización psiquiátrica. En 1997 se inició el *Proyecto Agrícola*, contiguo al Hospital, donde además de las labores agrícolas propiamente, se construyeron seis hogares transitorios que de igual forma pretendían instrumentalizar a las personas usuarias, acercándolas a la realidad extramuros de la Institución. Lo

anterior estuvo vinculado a su vez, en 1998, con la revisión del modelo de atención que se le brindaba a la población de Larga Estancia. Así, un grupo de profesionales de diversas disciplinas, que laboraban de forma directa con esas personas usuarias, presentaron un *Plan de Rehabilitación Funcional para el usuario con Trastorno Mental Crónico*, que propuso agrupar a dicha población en niveles diferenciados de funcionamiento (bajo, medio y alto). Fue de vital importancia en este proceso, la adaptación de la *Escala de Evaluación Funcional de la Persona con Enfermedad Mental Crónica* que permitió evaluar el nivel de funcionamiento por áreas, de cada uno de los usuarios.

Perspectivas Futuras del Servicio.

A futuro, el Servicio seguirá colaborando proactivamente con las tareas ineludibles e impostergables que debe enfrentar el Hospital, mientras se van perfilando y consolidando las líneas de acción en la red de salud mental del país. En este sentido, la *Política Nacional de Salud Mental (2012)* apunta hacia la integración de la atención de salud mental en el sistema de salud del país. Propone el desarrollo de una red de servicios comunitarios coordinados entorno a la unidad de salud mental (en lugar de hospitales psiquiátricos). El lema que propone es: “*De la atención hospitalaria a la atención comunitaria*”. Se plantea una relación estrecha entre el nivel de atención primaria y el nivel especializado de salud mental. Propone la actuación integral motivada por la conceptualización biopsicosocial de la salud mental de la población. Sus postulados apuestan por la rehabilitación, la reinserción



social y la inclusión, como alternativa al modelo de hospital psiquiátrico y al modelo asilar tradicional.

El objetivo de esta visión es reducir al máximo la necesidad de la hospitalización. Esta política está orientada hacia una reestructuración muy significativa del modelo de atención en Salud Mental en Costa Rica, que incluye redistribuir el presupuesto, acondicionar la infraestructura necesaria a los tiempos actuales, redistribuir el personal y promover el modelo de cambio.

Temas de especial atención, vinculados a los trastornos mentales y del comportamiento, son los trastornos por *abuso de sustancias* que alcanzan, en este momento, una notable relevancia, constituyendo un reto en la atención clínica. El *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) en 1999 publicó un conjunto de principios, citados por Pedrero et al. (2007) que forman parte de las ideas básicas de las guías clínicas de intervención de estos trastornos: el carácter central de los tratamientos psicológicos, el carácter crítico y necesario del tratamiento psicológico para abordar la motivación de la persona, la conexión fundamental existente entre la variabilidad psicológica y el tratamiento de las adicciones, es decir, se apunta a que no hay un tratamiento único que sea eficaz para todos los individuos y, por último, la importancia esencial del tratamiento psicológico en la prevención de las recaídas.

Si bien en el 2005, la Sala Constitucional emitió el Voto número 2005-05871, mediante el cual instó a la Caja Costarricense del Seguro Social a poner en práctica el contenido de la

Ley 8204 y por lo tanto, crear el *Programa de Nuevos Horizontes*, en este Hospital, para la desintoxicación de menores, ha llegado el momento de incluir en el concepto de medida dictada por un juez, el de *educación y formación* para este grupo etario de menores infractores.

Por otro lado, en los países con elevados índices de salud, el envejecimiento de la población demanda de las disciplinas afines, como la *psicogeriatría* y la *psicogerontología*, más recursos y especialización para atender el aumento de casos de patología asociada a la edad y al favorecimiento del envejecimiento activo (Millán, 2010). Para el psicólogo clínico, este panorama se traduce en una necesidad de formación continua y de subespecialización, ante la población cada vez más diferenciada en sus necesidades, tanto por la ampliación de su rango de edad, como por la amplitud de sus niveles de funcionalidad.

Los avances en *tecnología informática* están siendo utilizados por la psicología clínica para la aplicación e interpretación de instrumentos de medición psicológica, el tratamiento terapéutico y la rehabilitación neuropsicológica. Los programas expertos en la evaluación psicológica, las *“ciberterapias”* basadas en realidad virtual como herramienta para proporcionar, potenciar o facilitar la provisión de servicios terapéuticos y los programas de estimulación neurocognitiva, son ejemplos de las aplicaciones tecnológicas, que cada vez estarán más presentes en el desempeño profesional del psicólogo clínico.



Finalmente, observamos que en las últimas décadas ha surgido un nuevo paradigma en el modelo de atención de los trastornos mentales y del comportamiento, en donde la psiquiatría tradicional acertadamente ha cedido espacio a otras disciplinas afines a la salud mental, para introducir un modelo de atención sustentado en el marco de la *Rehabilitación Psicosocial*.

Los retos para superar estructuras y modelos decadentes de atención en salud mental, deben orientarse a redoblar esfuerzos para que el trabajo profesional vaya orientado a la implementación de lineamientos que apuntan hacia las propuestas de la salud mental basada en la comunidad.

Si tomamos en consideración la evolución de la psicología clínica en Costa Rica, a futuro, esta disciplina, además de fortalecer las áreas de la evaluación psicológica, deberá promover la innovación de protocolos de atención en el tratamiento psicológico, producto de la investigación en la psicopatología. El desempeño profesional en unidades o programas específicos, promoverá la subespecialización de funciones. El psicólogo clínico, además de insertarse en los centros asistenciales y en los programas de salud mental, con orientación comunitaria, está cada vez más solicitado para que forme parte de los equipos multiprofesionales de algunas especialidades médicas, para intervenir en los aspectos emocionales concomitantes con las enfermedades físicas. Las áreas más sensibles para generar una subespecialización, de acuerdo con la demanda asistencial actual, apuntan a la neuropsicología, la psicogeriatría,

los cuidados paliativos, la salud sexual y reproductiva, la psicología de enlace y las adicciones, entre otras.

Finalmente, agradezco a todos los colegas que han pasado a lo largo del tiempo por este Servicio que contribuyeron a crear la historia de los sesenta años que estamos celebrando.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adis Castro, G. *Interacción en Espejos. Sobre el Encuentro Terapéutico*. Ed. Costa Rica, San José, 1978
2. Adis Castro, G. *Psicoterapia desde una perspectiva interaccional. Variaciones sobre un mismo tema*. Ed. Fernández Arce, San José, 1990
3. Celis Sierra, M. *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Clínica Contemporánea Vol. 7, nº 3, 2016 - Págs. 221-223. [Deadly Psychiatry and Organized Denial]. Peter C. Gøtzsche. Los libros del lince. Barcelona, 2016. 422 páginas.
4. Feixas, G y Miró, M T. *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Ed. Paidós, 2009. (Págs. 207-208)
5. Frances, A. *¿Somos todos enfermos mentales?* Ed. Ariel, Barcelona, 2014.
6. González, M. *Breve Estudio Histórico del Quehacer Médico Psicológico en Costa Rica*. (Recopilado por Javier Mariátegui en: La Psiquiatría en la América Latina.



- Ed. Losada, Buenos Aires, 1989). (Págs. 75-81)
7. Gøtzsche, Peter *“Psicofármacos que matan y denegación organizada”* Ed. Los Libros del Lince, Barcelona, 2016,
 8. Levenson, E. *Requiem por el Psicoanálisis*. Ed. Kairós, Barcelona, 1974.
 9. López Core, R. *Desarrollo de la Especialidad en Psicología Clínica en Costa Rica*. Revista Costarricense de Psicología Clínica. Ene-jun 2013, Vol.32. N°1.p.43-60
 10. López-Muñoz, F. Álamo. Cuenca, E. PSQUIATRIA.COM. 2000; 4(3)
 11. Millán Calenti, J.C. *Gerontología y Geriatría. Valoración e intervención*. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2010.
 12. Mora, V. *Cachaza*. Editorial Costa Rica, San José, 1977.
 13. Pedrero, E J y otros. *Diferencias de personalidad entre adictos al alcohol y controles emparejados: relación con sintomatología frontal y subtipos de adictos*. Psicothema 2011. Vol. 23, nº 1, pp. 100-106
 14. *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.
 15. Sullivan, H, S., (1949), *Conceptions of Modern Psychiatry*. W. Norton and Co., Inc., New York.
 16. Trull. T, Fharez. T. *Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México. Manual Moderno. 6 Edición. 2003
 17. Valderrama H, R. *Teoría de Harry S. Sullivan*. Psiquiatría.com, 24 de set, 2001