

Genealogía del Trabajo Social Clínico en Costa Rica

MSC. *Carolina Rojas Madrigal*¹

RESUMEN:

La finalidad de este trabajo es compartir cuáles fueron las condiciones históricas que permitieron el surgimiento y desarrollo del Trabajo Social Clínico en Costa Rica, así como las características, cambios, referentes teórico-metodológicos y denominaciones de este ámbito profesional. Esto sin dejar de mencionar luchas gremiales para su defensa y la actual formación académica.

La formación en Trabajo Social surge en Costa Rica en la década de 1940, en una época convulsa en la que confluyen luchas sociales, una guerra civil y grandes cambios en el modelo de desarrollo del país. Estos hechos crean una base institucional y generan una serie de necesidades que propician que, en los años 50, las pioneras de la profesión dieran los primeros pasos en lo que hoy conocemos como Trabajo Social Clínico, o procesos terapéuticos del Trabajo Social como le solemos llamar en Costa Rica.

Las labores clínicas en la profesión se consolidaron por las condiciones históricas nacionales e internacionales, la formación académica, los objetos de atención asumidos, así como la validez que las y los profesionales otorgaron a esta práctica en las primeras décadas. Todo esto se fractura y cambia radicalmente con la reconceptualización en Trabajo Social, tras la cual se pasa por un proceso de debilitamiento del quehacer clínico, del cual sale transformado, con nuevos referentes teórico-metodológicos. Los años 90 y el siglo XX implican la apertura de formación de posgrado en Trabajo Social Clínico en el país, nuevos objetos de atención y luchas gremiales para sostener esta forma de trabajo profesional hasta el presente.

Palabras claves: Trabajo Social Clínico, procesos terapéuticos, referentes teórico-metodológicos, historia del Trabajo Social.

¹ Bachiller y Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Costa Rica. Máster en Trabajo Social con énfasis en Intervención Terapéutica por la Universidad de Costa Rica. Profesora de grado y posgrado e investigadora de la Universidad de Costa Rica. Trabajo profesional, docencia, extensión e investigación relacionada con: historia de la profesión, trabajo social clínico, terapia narrativa, género y feminismos, familias, educación, instrumentalidad del trabajo profesional.
Correo institucional: carolina.rojasmadrigal@ucr.ac.cr
Correo personal: carorojas.madrigal@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4252-2598>

Genealogy of Clinical Social Work in Costa Rica

ABSTRACT:

The purpose of this paper is to share the historical conditions that have allowed the emergence and development of Clinical Social Work in Costa Rica, as well as the characteristics, changes, theoretical-methodological references, and denominations of this professional field. This without forgetting to include collective efforts for its defence, and the current scholarly formation.

Professional training in Social Work emerged in Costa Rica in the 1940s, in a convulsive period in which social struggles, a civil war and major changes in the country's development model converged. These events created an institutional base and generated a series of needs that led, in the 1950s, to the pioneers of the profession taking the first steps in what we know today as clinical Social Work, or therapeutic processes of Social Work, as it is usually called today in Costa Rica.

Clinical work was consolidated by national and international historical conditions, academic preparation, the objects assumed, as well as the validity that professionals attributed to this practice in the first decades. All this becomes fragmented and changes radically with the reconceptualization of Social Work, following which it goes through a process that debilitates clinical work, from which it emerges transformed and with new theoretical-methodological referents. The decade of the 90's and the 20th century implied the opening of postgraduate training in clinical Social Work in the country, new treatment of clients and efforts to sustain this method of professional practice until today.

Keywords: Clinical Social Work, Therapeutic Processes, Theoretical-Methodological Approaches, Social Work History.

I. REFLEXIONES, EXPERIENCIAS Y LIMITACIONES QUE DIERON FORMA A ESTE ESCRITO

Este trabajo es producto de una síntesis de cuatro vivencias entrelazadas: como investigadora (ver publicaciones de los años 2008, 2010, 2011 y 2012 en la bibliografía), como docente, como trabajadora social y como activista dentro del espacio gremial.

A nivel investigativo, tuve la oportunidad de estudiar, durante tres años, el origen del Trabajo Social Clínico en Costa Rica, en mi trabajo final de graduación de la Maestría en Trabajo Social con énfasis en Intervención Terapéutica de la Universidad de Costa Rica, que concluí en 2007. Dicho posgrado tiene una vertiente profesional y otra académica. Me decanté por esta última, dado que al iniciar mis estudios de Posgrado en 2004 había una gran interrogante, de cuándo y por qué motivos existían de forma tan afianzada labores terapéuticas en el ejercicio profesional en instituciones como la Caja Co-

starricense del Seguro Social. Por ello, decidí estudiar el tema, bajo la modalidad tesis, y además inscribir el estudio como proyecto en la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad.

Uno de los puntos más relevantes de los hallazgos que aquí presento, se relaciona con que profundicé en el trabajo profesional y no en la formación académica. Esto porque, considero que la currícula puede plantear ciertas lógicas, pero el conocer si estas se concretan o no en el ejercicio del Trabajo Social solo es posible mediante el acercamiento a los espacios ocupacionales y al día a día del quehacer profesional. La segunda razón refiere a que inicié mi vida laboral como trabajadora social, no como académica. Incluso dentro de la misma Universidad de Costa Rica tuve dos trabajos ejerciendo, previo a asumir docencia, lo cual me marcó profundamente para ubicarme siempre en ambos mundos, sin ensimismarme solamente en el ámbito formativo, ya que considero son interdependientes. Esto no significa que ignoré la formación académica, pero esta fue una arista de la investigación y no su eje central.

La investigación la realicé desde la hermenéutica profunda. Esto me permitió efectuar un proceso de comprensión del contexto histórico en el cual las y los profesionales realizaron sus acciones, más que sojuzgarles desde mi visión del siglo XXI. Además de esta inmersión, hice una reconstrucción mediante revisión documental y entrevistas en profundidad a profesionales de cuatro instituciones donde de forma pionera se realizó Trabajo Social Clínico. Tuve la inmensa suerte de poder captar los relatos de mujeres visionarias, que fueron contratadas como las primeras trabajadoras sociales del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia y los Hospitales Calderón Guardia, San Juan de Dios y Hospital Nacional Psiquiátrico, algunas de las cuales, en el momento de la entrevista, se encontraba ya cursando la octava década de su curso de vida, y que compartieron conmigo de forma generosa parte de sus luchas, las características de su trabajo profesional, e incluso me mostraron con entusiasmo fotografías, sacaron los libros que consultaban con frecuencia y me dieron los contactos de otras colegas, hasta que pude cerrar un círculo de informantes para reconstruir las primeras décadas. Posteriormente, en alianza con colegas de la Caja Costarricense del Seguro Social, logré implementar en conjunto con ellas grupos focales y cuestionarios a trabajadoras y trabajadores sociales de otros Hospitales, Clínicas y Áreas de Salud, con las cuales en un segundo momento realicé una validación de resultados, respecto a treinta años de trabajo profesional clínico.

Es importante aclarar que, si bien las labores terapéuticas se realizan cotidianamente en el país desde hace varias décadas, previo a la tesis y a los artículos derivados de ésta, las publicaciones académicas del tema son escasas y en algunas décadas incluso nulas, por la cual, en este documento me he visto obligada a recurrir a la cuestionable práctica la autocita, no por un deseo personal, sino por la imposibilidad material de tener otros textos que citar.

Afortunadamente, lo investigado, como mencioné en el párrafo anterior, fue posible mediante la participación de trabajadoras y trabajadores sociales que compartieron sus experiencias profesionales, por lo cual, no se trata de una reflexión de mi experiencia individual, sino de una investigación cualitativa con referente empírico, validada académicamente. Como muestra de esto, en algunos párrafos de esta publicación están las voces de algunas de las colegas entrevistadas.

Creo conveniente también decir que tras concluir la tesis, realicé otras publicaciones sobre el Trabajo Social Clínico en Costa Rica, retomando parte de los hallazgos antes mencionados, pero incorporando otros puntos de análisis y ampliando aquello que pude captar y analizar hace ya 15 años.

La labor investigativa/profesional, me ha llevado además a ser parte de experiencias colectivas de activismo gremial en este tema, involucrándome en espacios gremiales para defender el quehacer terapéutico frente a otros colectivos profesionales, lo cual se verá reflejado en el apartado sobre las luchas gremiales en el siglo XXI. Lo investigado y lo que hoy escribo, está además marcado por las preguntas que han ido surgiendo como docente, en las discusiones con colegas y estudiantes, y en las muchas y constantes interrogantes de mi propia práctica clínica, que, como otras formas de trabajo profesional, se mantiene vigente entre más nos cuestionemos, leamos, revisemos.

Después de repasar las condiciones históricas que permitieron el surgimiento y desarrollo del Trabajo Social Clínico en Costa Rica, y de retomar sus características y cambios a lo largo del tiempo, los principales referentes utilizados, la forma en que se la ha denominado y las luchas gremiales para su defensa, concluyo este documento con una breve enunciación del estado de situación a nivel formativo.

II. CONDICIONES HISTÓRICAS QUE MARCAN EL SURGIMIENTO DEL TRABAJO SOCIAL EN COSTA RICA

La década de 1940 va a representar en Costa Rica un parteaguas histórico, que ha sido descrito y analizado desde diversas perspectivas, coincidiendo todas en la importancia radical de los hechos suscitados.

Desde inicios del siglo XIX se generaron una serie de condiciones que permitieron la acumulación de tierras mediante el latifundio, y la producción agrícola del café y banano, cuyos beneficios llegaron a una pequeña parte de la población.

Es en los años 40 del siglo XX, como refiere Solís (2019), que se genera una ruptura con el orden oligárquico, que hasta entonces había concentrado el poder político y la riqueza. Confluye en este proceso la lucha ideológica, electoral y armada de grupos sociales a lo interno, en el marco de condiciones internacionales propias de los conflictos mundiales y regionales que marcaron esta época, lo cual expongo de forma sucinta en este apartado.

La situación de la clase trabajadora urbana y rural costarricense en las primeras tres décadas del siglo XX era precaria a nivel de empleo, ingresos y acceso a bienes y servicios. Amplios sectores carecían de garantías y se enfrentaban a las consecuencias de la creciente desigualdad, con una intervención mínima del Estado, que se sustentaba en la visión liberal. Esto propicia la movilización colectiva, por medio de huelgas y el surgimiento y auge del partido comunista Vanguardia Popular, que tendrá en sus bases obreros y artesanos urbanos y trabajadores de las bananeras (Schifter, 1985). Dicho partido

realiza una alianza con el presidente electo en el periodo 1940-1944, Rafael Ángel Calderón Guardia, y con la iglesia católica -desvinculada de la oligarquía liberal y anticlerical-, lo cual permite a esta coalición tener suficiente fuerza para realizar una serie de reformas.

Las más destacables fueron la creación de la Universidad de Costa Rica en 1940, la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social y por ende de las bases del sistema de seguridad social nacional (1941), la aprobación de las Garantías Sociales (1942) y del Código de trabajo (1943). “Las tres últimas obras tuvieron un fuerte impacto político y provocaron un fuerte debate entre los sectores más conservadores, pese al apoyo que tuvieron entre los sectores populares (Fumero-Vargas, 1997).

Estas tensiones entre grupos en pugna están muy vinculadas con las condiciones políticas a nivel internacional:

Las aspiraciones políticas de distintos bandos, aliados para alcanzar o mantener el poder por la vía electoral, se dan en el marco de campañas políticas que reproducen las contradicciones entre las posiciones ideológicas y las alianzas del escenario mundial. Primero en la lucha contra el fascismo y luego contra el comunismo (Muñoz, 2019, p. 219).

El país experimentará aún más antagonismos y polarización durante el gobierno siguiente a cargo de Teodoro Picado [Teodoro Picado llega al poder como parte de la alianza política del Partido Republicano Nacional encabezado por el presidente Rafael Ángel Calderón Guardia y el Partido Vanguardia Popular.] (1944-1948) donde grupos “progobierno” y grupos contrarios tendrán diversos enfrentamientos (Fumero-Vargas, 1997).

En el bando opositor al gobierno se propician acuerdos político-partidarios y la formación de un grupo armado, liderado por José Figueres Ferrer, quien organiza el llamado Ejército de Liberación Nacional (ELN) (Muñoz, 2019; Solís, 2019). Para esto cuenta con apoyo de exiliados políticos de otros países, con quienes comparte ideales, consigue armamento para el levantamiento armado en Costa Rica, y se compromete a posteriormente apoyarles a luchar contra regímenes autoritarios del resto de Centroamérica y el Caribe. Recibe además apoyo de las agrupaciones políticas con las cuales hay vinculación, y, como afirma Fumero-Vargas (1997) de particulares, entre ellos autoridades y docentes de la misma Universidad de Costa Rica.

El ELN se levanta en armas en 1948, a partir de la polémica en el proceso electoral de dicho año, que condensa la tensión político-ideológica de los grupos en pugna. Tras cinco semanas de lucha armada el ELN resulta vencedor (Fumero-Vargas, 1997).

Si bien este momento conflictivo no tiene parangón con lo acontecido en otros países de la región, para Costa Rica va a representar un hecho trascendente, no solo por ser el conflicto político que más bajas ha provocado, sino porque posterior a éste se presentan una serie de condiciones que marcarán al país por décadas.

² Teodoro Picado llega al poder como parte de la alianza política del Partido Republicano Nacional encabezado por el presidente Rafael Ángel Calderón Guardia y el Partido Vanguardia Popular.

Primero cabe decir que al asumir el poder el grupo vencedor como parte de la autodenominada Junta Fundadora de la Segunda República, van a proponer una serie de cambios, que aseguraron su permanencia en el poder. La eliminación del ejército fue una estrategia política para lograr el apoyo de la OEA y contener un ataque desde Nicaragua, con participación de Calderón Guardia, aludiendo que el país se encontraba desarmado. A su vez, resultó conveniente crear una guardia civil con integrantes del Ejército de Liberación Nacional (Muñoz, 2019). En esto hay que recordar que el ELN enfrentó al gobierno y al ejército que por ende estaba bajo su mando, por lo cual este representaba una fuerza que podría actuar en su contra a futuro.

Aunado a esto, se incumplieron los acuerdos firmados para el cese del fuego, y se realizó una fuerte persecución a quienes apoyaban la coalición caldero-comunista. Se proscribió el partido comunista, se persiguió a los líderes sindicales vinculados a este, se buscó controlar a los sindicatos, se despidió a quienes trabajaban en el sector público y habían estado ligados a este frente político. Una parte de las y los involucrados tuvieron que recurrir al exilio (Fumero-Vargas, 1997; Schifter, 1985) sin obviar además el encarcelamiento y asesinato impune de dirigentes (Jara y Jara, 2014). Esto evidencia el uso del autoritarismo y la violencia, como parte de la historia nacional.

Dado que el grupo que gana la guerra representa una clase emergente que no podía desarrollarse sin modificar la concentración de poder y el orden establecido por la oligarquía, durante el gobierno de facto y posteriormente desde el marco electoral, se sostienen las Garantías Sociales aprobadas, se aprueba una nueva Constitución Política -vigente hasta el día de hoy- y se toman una serie de medidas tales como la nacionalización del sistema bancario, lo cual se justifica además, en la perspectiva socialdemócrata hacia la cual tiene un viraje la política nacional. Posterior a la década del 40 estas serán las bases para ir propiciando un sector público que se extiende, amplifica y afianza, propiciando una clase media que resulta conveniente al proyecto de economía diversificada (Rojas-Madrigal, 2008).

En todo este proceso de transición sociopolítica y económica tan compleja surge la primera Escuela de Trabajo Social en 1942, en el periodo reformista que marcó tan profundamente al país. Desde ese año se inician las gestiones para que sea parte de la Universidad de Costa Rica, pero esto se aprueba hasta 1944, por lo que, en los dos primeros años se sostiene con apoyo de instituciones públicas en el campo de la salud y atención de la niñez que requerían de profesionales con esta formación. Posterior a 1944 la carrera formará parte de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, primero como figura anexa y luego, en 1947, como parte de la Sección de Sociología y Servicio Social (Brenes, 2015).

Estos primeros años de formación, estuvieron estrechamente ligados a las demandas de profesionalización de las instituciones públicas, y por ende a la atención individual. Diversas fuentes recuperan la presencia de cursos de Psicología, Psiquiatría y la preponderancia del casework norteamericano (Rojas-Madrigal, 2007).

La preparación de las y los profesionales en Trabajo Social -inicialmente Servicio Social- serán requeridos precisamente por los fuertes procesos de cambio en el país, que experimenta por varias décadas la ampliación del Estado.

III. PRIMEROS AÑOS DEL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO EN COSTA RICA

Las labores que hoy denominamos clínicas o terapéuticas surgen a mediados de 1950 en Costa Rica en instituciones del sector salud. Un punto relevante de denotar es que las primeras formas de atención profesional de esta naturaleza refieren a lo que hoy conocemos como *intervención en crisis*, que no era denominado de esta manera en los años 50 en Costa Rica, sino que se visualizaba como parte del método de caso o *casework* en el cual las y los profesionales tenían formación.

Además de la formación brindada en la Universidad, lo que suscita que las profesionales realicen esta forma de atención son los objetos de atención que son asumidos desde Trabajo Social. Será la atención de objetos como la violencia infantil y contra las mujeres principalmente, las secuelas de largos internamientos, el duelo, las consecuencias de enfermedades como la tuberculosis y el cáncer, las secuelas de discapacidades adquiridas, el alcoholismo y los conflictos familiares, cuyas particularidades implican un fuerte componente emocional, lo que lleva a las profesionales a identificar la importancia de brindar contención y acompañamiento, brindar información que permita tomar decisiones inmediatas, buscar recursos para resolver lo más inminente y otras labores que hoy ubicamos en la atención de crisis (Rojas-Madrigal, 2007).

Aunado a esto, las epidemias propias de la época, como la poliomielitis en 1957 serán un detonante del quehacer terapéutico, en tanto se debe asumir la atención y seguimiento de familias en procesos de duelo, o bien, con un cambio tan importante como el tener a su cargo personas menores de edad con alguna discapacidad adquirida tras la enfermedad (Rojas-Madrigal, 2007).

Entre las instituciones públicas donde fue posible ubicar las primeras labores se encuentra el actual Hospital Calderón Guardia, que surgió como parte de la Caja Costarricense del Seguro Social, en 1945, con el nombre de Policlínico del Seguro Social y la Comisión sobre Alcoholismo, que inicia funciones en 1955, antecedente del actual Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Además, logré rastrear este quehacer profesional en dos instituciones de salud que surgen de forma privada, el Hospital San Juan de Dios, fundado en 1845 y Hospital Nacional de Insanos -actual Hospital Nacional Psiquiátrico- que inicia sus labores en 1890. Ambos centros de salud pasarían, varias décadas después, a formar parte del sector público costarricense.

Quizá el hallazgo más inesperado en el proceso de investigación, sobre el surgimiento, es que las primeras labores terapéuticas no se presentaran en el Hospital Nacional Psiquiátrico, lo cual había sido una de las hipótesis que tuve antes del trabajo de campo.

A mediados de la década del 50 es posible encontrar, como mencioné antes, lo que hoy llamamos intervención en crisis, en el Hospital San Juan de Dios, y en los hoy denominados Hospital Calderón Guardia e Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

La labor profesional de Trabajo Social para la década del 50 en lo que hoy es el Hospital Nacional Psiquiátrico se centraba en la realización de estudios sociales que decantaban en un informe sumamente detallado, que se denominó *historia longitudinal*, en la cual se lograba evidenciar lo que fuentes primarias familiares y comunales aportaban sobre el comportamiento de la persona que era ingresada, desde sus primeros años de vida hasta el momento en que era atendida. Además, las profesionales pioneras trabajaron labores de asistencia y de organización de las familias al egreso hospitalario (Rojas-Madrigal, 2007).

Cabe además indicar, que las primeras profesionales, tanto en este como en otros centros de salud, buscaron especializarse y continuar su formación posterior a egresarse de la Universidad de Costa Rica. Algunas obtuvieron una especialidad en Trabajo Social Psiquiátrico en Estados Unidos.

Será hasta la década de los años 60 que las primeras labores terapéuticas logren realizarse en este Hospital. El avance en el tratamiento con psicofármacos fomenta la disminución en el uso del electroshock y otras formas de trabajo con las personas internadas, que previamente afectaban gravemente sus posibilidades de comunicación. A mediados de esta década fue posible ubicar trabajo terapéutico con las personas que se encontraban internadas y sus familias, por parte de las trabajadoras sociales, junto con profesionales en psiquiatría que llevaban el liderazgo de la atención, y con los cuales se fueron formando y especializando en esta área (Rojas-Madrigal, 2007). A finales de los años 60 el Trabajo Social se encontraba legitimado en el campo terapéutico en los cuatro centros de salud mencionados.

IV. UN REPASO POR LAS CONDICIONES QUE PERMITEN ESTA GÉNESIS Y DESARROLLO

Como toda genealogía, es importante retomar la confluencia de elementos que permite que el Trabajo Social Clínico surja y se desarrolle en Costa Rica. Tal como he venido mencionando, los elementos que son base fundamental refieren al proceso de reforma, que modificó las bases del Estado, y permitió el intervencionismo estatal en el ámbito social. Esto permite fundar o bien consolidar instituciones ya existentes, que serán el espacio para la contratación de profesionales para la atención de la cuestión social.

En este marco la fundación de la Universidad de Costa Rica y la aceptación de la carrera como parte de la oferta formativa en los años 40 permite la profesionalización. Esta, por la influencia del *casework* norteamericano involucrará autoras que hoy denominamos clásicas, que apuntalan por la atención directa, en consonancia con la formación en Psiquiatría y Psicología.

Varias instituciones públicas tendrán incidencia en la recién formada carrera, por lo que, la tendencia será conjugar las necesidades de atención de las instituciones, con la currícula.

Repasado esto vale también mencionar otros hallazgos de la investigación que he mencionado, que permitieron iniciar y luego consolidar la atención que hoy llamamos clínica (Rojas-Madrigal, 2007; Rojas-Madrigal, 2008):

1. *Legitimidad profesional*: no fue solamente la existencia de instituciones públicas, en el marco de un proyecto de ampliación del Estado, y profesionales con formación para implementar políticas sociales lo que generó de forma instantánea los espacios de trabajo, hay un componente que se podría pasar por alto, y es el trabajo tesonero del día a día de las pioneras de la profesión en el país. Esta fue una ardua labor que implicó para ellas hacer una lectura de cómo eran las relaciones dentro de las instituciones, algunas de las cuales llevaban ya años funcionando cuando fueron contratadas, e ir realizando acciones que se requerían, asistenciales y de contención, y poco a poco ir logrando el respeto de otras y otros profesionales -de medicina y enfermería- lo cual no estuvo exento de tensiones, como la hostili-

dad de las damas voluntarias³ que tenían un rango y forma de hacer las cosas dentro de los Hospitales. Sobre esto la colega María de los Ángeles Ramírez comentó en entrevista:

“Nosotros actuábamos conforme recibíamos el conocimiento y conforme se nos formó, y con una lucha que usted no tiene idea por abrirnos camino, la mayoría del tiempo y de los esfuerzos nuestros eran darnos a conocer ante otros profesionales, para que nos tomaran en cuenta, para que nos dieran más trabajo” (Rojas-Madrigal 2007, p. 385).

Este proceso de legitimación fue básico para que las profesionales asumieran labores clínicas, ya que les permitió tener poder de decisión, formar parte de los equipos y gestionar la apertura de más plazas para que se contratase a otros y otras profesionales.

2. *Formación académica:* como mencioné en la introducción de este apartado la apertura de la Escuela de Trabajo Social en la Universidad de Costa Rica fue un elemento cardinal para la existencia de la práctica clínica, dado que se incorporaron a la currícula contenidos que apuntaban al campo terapéutico tales como el método de caso, y aportes de la Psiquiatría y la Psicología. Además, dentro de la formación académica hay que agregar la formación en las instituciones en esta época. En la investigación fue posible recuperar que las y los trabajadoras sociales recibían capacitación de profesionales en Psiquiatría, participaban en grupos terapéuticos con fines formativos, observaban labores clínicas, participaban de equipos conformados por varias disciplinas y tenían además supervisión de colegas ya formadas en el campo. Esto a su vez se conjuga con la especialización de trabajadoras y trabajadores sociales en la atención clínica, en Estados Unidos y Europa. Sus conocimientos fueron diseminados dentro de las instituciones y en la misma Universidad de Costa Rica.

3. *Validez profesional del quehacer terapéutico:* para las profesionales costarricenses que iniciaron las labores profesionales clínicas, el trabajar con las personas y familias procesos de cambio era necesario, porque lo requerían, pero además porque los efectos de este trabajo se consideraban valiosos, con permanencia en el tiempo. En palabras de Clara Acuña:

“Por el beneficio indiscutible que tiene el cambio en los seres humanos. Al haber bienestar en una persona esto permite su propia liberación y al lograr esto, esta persona está bien en su familia y puede ser un líder en su comunidad. O sea, repercute más allá de lo individual” (Rojas-Madrigal 2007, p. 391).

4. *Atención directa de la población:* si bien esto parece obvio, es importante denotar, como mencioné en el apartado anterior, la diferencia que hizo que en el Hospital Nacional Psiquiátrico no fuese posible desarrollar labores clínicas hasta la década del 60, por las secuelas de los tratamientos

³ Las “damas voluntarias” es el nombre de una agrupación de la sociedad civil, integrada principalmente por mujeres, que realizan labores sin fines de lucro ni remuneración. Realizan actividades de acompañamiento a pacientes en los hospitales, en ausencia de familiares, gestionan recursos económicos para necesidades puntuales o bienes específicos, por ejemplo, prótesis y sillas de ruedas. A mediados de los años 50 que las profesionales en Trabajo Social se insertan en el sector salud, la presencia de esta figura es no solo notoria, sino que está revestida de poder, ya que, según aseguran las colegas entrevistadas, algunas eran madres de los médicos, y por este lugar social y su extracción de clase ostentaban un lugar que trascendía las funciones ejercidas en aquel entonces.

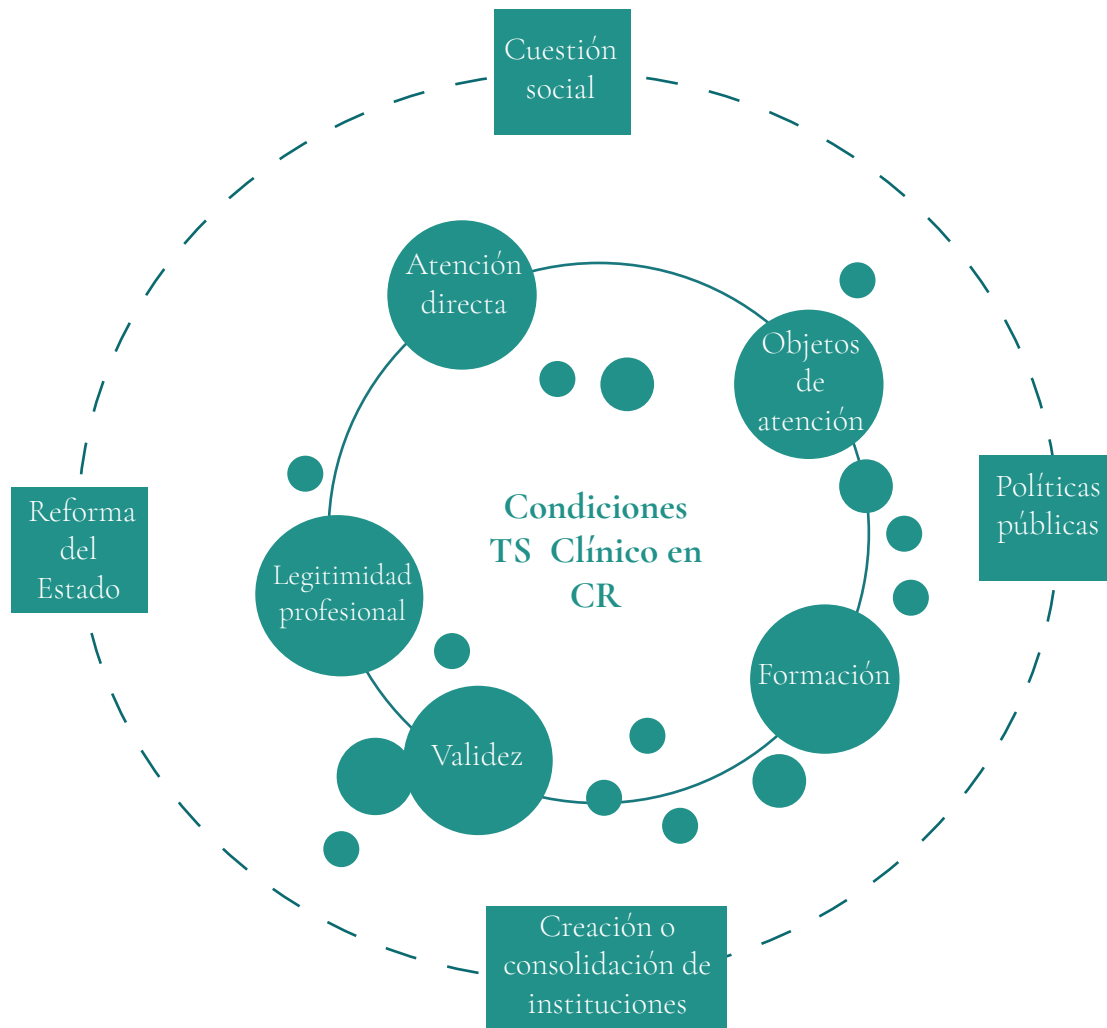
utilizados previo, que no permitían el trabajo directo con la población ingresada al nosocomio⁴. Por consiguiente, el poder citar a las personas, hablar con ellas, escucharles, fue una condición básica, que se concatena con las anteriores, para que surgiera el trabajo terapéutico.

5. *Objetos de atención:* las condiciones internacionales y nacionales generaron en la época en que inicia el Trabajo Social Clínico en Costa Rica condiciones de desigualdad social y económica. A esto se suman además las secuelas del conflicto armado y la represión política. Por todo esto no es casual que las y los profesionales asumieran objetos específicos de intervención ligados a las enfermedades mentales, al tratamiento del alcoholismo, a las ideaciones o intentos de suicidio, a lo que hoy entendemos como violencia contra las mujeres, al abandono o adopción de niños y niñas por condiciones de pobreza, a las enfermedades venéreas y a las epidemias. Estos objetos tienen, por su naturaleza, unas secuelas en la afectividad de las personas que los vivencian, razón por la cual era requerida la atención de crisis, como base para el trabajo profesional, además del desarrollo de otros procesos de atención clínica para la atención de familias y grupos. Los objetos de atención por tanto fueron otra de las condiciones que forjaron las labores terapéuticas.

Estos primeros momentos de afianzamiento del trabajo clínico en Costa Rica, serán a su vez un tiempo de lucha por ampliar los servicios de Trabajo Social y por abogar por la contratación de más profesionales. No fue un momento para la profesión de autocrítica, ni de oposición al sistema, sino un inicio, un origen que, desde mi punto de vista, no reunía condiciones para tener una visión contrahegemónica. Como todo origen estuvo marcado por la perspectiva de una época, sin la cual, no hubiese sido posible existir como profesión y gremio. Las condiciones indicadas en este apartado las sintetizo en el esquema 1:

⁴ Nosocomio es sinónimo de hospital.

Esquema 1
Condiciones para el surgimiento del Trabajo Social Clínico en Costa Rica



Fuente: elaboración propia, 2021

V. CISMA Y TRANSFORMACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO

La década del 50 como ya mencioné fue el momento embrionario del Trabajo Social Clínico en Costa Rica, y la década del 60 el de su consolidación, a su vez que se iban afianzando puestos de trabajo por la ampliación del sector público ya reseñada en las condiciones históricas.

Sin embargo, para los años 70 se experimentará un cisma, una división entre las y los profesionales que ya estaban en las instituciones, y quienes se graduaban de la Escuela de Trabajo Social. La fragmentación que explico en este apartado traerá dos consecuencias principalmente, por un lado, el debilitamiento del Trabajo Social Clínico paralelo a la incursión de profesionales de Psicología en este campo en el país, y por otro la transformación de la práctica misma, por las críticas generadas en la reconceptualización.

La causa de este cisma remonta a los cambios curriculares de la Escuela de Trabajo Social, que propone un plan en el año 1973 orientado a un mayor compromiso social con la realidad nacional. Sin embargo, la idea de compromiso y en particular de cambio social, se relaciona con un rechazo de lo que hasta entonces se realizaba, y en particular se relega el método de caso, por considerar que conlleva una visión adaptativa. La Máster Rosa María Mora, profesora y exdirectora de la Escuela de Trabajo Social mencionó al respecto:

(...) el caso se relegó, porque se magnificó el método de comunidad y grupo desde lo de la educación social, y luego como desarrollo social, especialmente comunidad. Antes de 1972 se enseñaba el método de caso y posterior a esta fecha, esto quedó dentro de bloques y talleres, es decir quedó más desdibujado. El método de caso no se abandonó, pero se relegó, incluso el grupo terapéutico se dejó de lado (Rojas-Madrigal 2007, p. 403).

Cuando hice la investigación, y ahora mismo que la revisito para escribir este artículo, considero que la reconceptualización tuvo el gran aporte de cuestionar las raíces ideológico-políticas de la formación. Esto era impostergable y las condiciones del contexto no solo lo permitieron, sino que lo provocaron. Sin la reconceptualización no habría sido revisado el trasfondo de los textos, no se habría propulsado la producción latinoamericana y no habría sido posible estar hoy enarbolando la bandera de la criticidad. Sin embargo, tampoco tengo una visión unidireccional de este proceso, y creo que en Costa Rica al menos, provocó también dificultades para quienes estaban en el ejercicio profesional, ya que se ignoró lo que se estaba realizando en las instituciones. Se menospreció lo que había sido creado y alcanzado. A su vez se satanizaron autores y autoras sin una revisión profunda de sus ideas, y se hicieron una serie de relaciones causales, que propiciaron ciertas generalizaciones. Una de estas fue: el caso y lo terapéutico es per se acrítico, adaptativo.

Sobre las reflexiones de lo acontecido en la reconceptualización no me detendré, solo quiero mencionar que otros autores, entre estos Alayón (2005) han señalado ya las contradicciones de este proceso, donde por un lado se tuvo un claro y necesario posicionamiento ante el imperialismo norteamericano y el capitalismo, sin embargo:

(...) es cierto también que los trabajadores sociales quedamos atrapados en varios espejismos. Del mismo modo que en la época del desarrollismo nos habíamos cautivado y caímos en la ilusión de que el Trabajador Social podía constituirse en el "agente de cambio" para el seguro y rápido advenimiento del desarrollo, luego –en la época de la Reconceptualización- volvimos a ilusionarnos con la creencia de que el Trabajo Social podía ser el eje de la transformación social. La aspiración al cambio estructural de la sociedad, en pos de su mejoramiento, es absolutamente legítima, pero trasciende las funciones específicas de las profesiones (Alayón, 2005: 13-14).

La reconceptualización dejó además sembrados ciertos dualismos, como la contraposición que bien señala Vicente De Paula Faleiros (2002) de lo "sociológico-político" ante lo "clínico-psico-social". Esto facilita el pensar que una posición es "crítica" y la otra es "conservadora". Una posición por tanto es correcta, defendible, loable, la otra es un problema, debe ser descartada y no es una práctica políticamente correcta.

Esto no significa que no exista el Trabajo Social Clínico conservador, o que las labores de las profesionales pioneras fueran todas orientadas a la justicia social y a la defensa de los Derechos Humanos. Esto sería imposible afirmarlo. Pero tan incorrecto es hacer esta sobregeneralización, como pensar que todo el Trabajo Social Clínico es per se conservador, o bien, que otras formas de ejercicio de la profesión tienen como cualidad intrínseca la criticidad.⁵

Pues bien, como dije anteriormente, la nueva formación que se apuntaló a principios de los años 70 provocó un cisma entre el espacio institucional y la academia, ya que relegó el método de caso, y por ende los y las profesionales recién graduadas y las estudiantes que hacían prácticas en las instituciones, estaban en contra de acciones que incluían labores terapéuticas.

De esta manera, el espacio reconocido en las instituciones tras el trabajo de dos décadas fue cuestionado por los y las estudiantes y los y las colegas recién graduadas. Esto generó un conflicto a lo interno de las instituciones. A su vez se generan como consecuencias (Rojas-Madrigal, 2007):

1.-La disminución del ejercicio del método de caso y por ende de las acciones terapéuticas, ya que las profesionales ya insertas en las instituciones tenían que convencer literalmente y formar a las nuevas generaciones en esta área. Esto no implica que la atención directa individual y familiar se eliminara del todo, pero sí que enfrentó un cambio al buscarse otras formas de atención.

2.-La incursión de profesionales formados y formadas en Psicología. La carrera inicia en la Universidad de Costa Rica, en 1972. Al respecto la Máster Thais Castro recuerda que: "...en esa época nosotros nos abrimos campo contra viento y marea, y teníamos todas las facilidades, pero vea que el hecho de haber perdido, yo digo que perdido, pero cuando se dio el conflicto entre el Trabajo Social institucional y la Universidad, que la Universidad estuvo en contra de la intervención individual, digámoslo así, inmediatamente Psicología lo cogió" (Rojas-Madrigal 2007).

3.-La transformación de la práctica clínica. Esto se da tanto en la búsqueda de otros referentes teóricos, como recupero en el siguiente apartado, y por otro el crecimiento del trabajo con grupos, para no centrarse en la atención individual.

Por ende, el Trabajo Social Clínico no es el mismo después de la reconceptualización. No desaparece, pero se transforma. Como parte de sus transformaciones está el cambio en los referentes teóricos y metodológicos utilizados, lo cual recupero en el siguiente apartado.

5

Esto lo trabajé más a fondo con el profesor César Villegas. Nos dimos a la tarea de recuperar y publicar muchas de estas valoraciones, como parte de los mitos que se han construido sobre el quehacer terapéutico en Trabajo Social (para más detalle ver Rojas-Madrigal y Villegas Herrera, 2010).

VI. PRINCIPALES ENFOQUES UTILIZADOS EN COSTA RICA

Los referentes teórico-metodológicos de las labores clínicas en Costa Rica fueron cambiando a lo largo de las décadas. Ubicar cuáles han sido predominantes fue un proceso largo en la investigación, que conllevó la lectura de documentos de diferentes momentos históricos⁶; las entrevistas a profesionales de las instituciones donde se hicieron estas labores de forma pionera; la aplicación de cuestionarios a profesionales en ejercicio y la posterior validación de esta información con trabajadoras y trabajadores sociales que participaron de grupos focales y plenarias, de forma tal que, esta reconstrucción conjugó varias técnicas e informantes.

Sumado a los hallazgos derivados de la investigación, en este apartado hago referencia a Trabajos Finales de Graduación⁷ elaborados en la Universidad de Costa Rica -UCR- y en la Universidad Libre de Costa Rica -ULICORI-, desde los referentes que han sido predominantes en el país.

El primer enfoque en la práctica terapéutica en Costa Rica por varias décadas fue el Psicoanálisis, presentándose como la visión predominante desde la segunda mitad de los 50 hasta aproximadamente la primera mitad de 1980. Dicho referente combinaba el estudio de autores de esta corriente como Sigmund Freud, Alfred Adler, Carl Jung, Ana Freud y Erich Fromm, que como sabemos presentan importantes diferencias entre sí, con las autoras clásicas del método de caso como Hellen Harris Perlman, Mary Richmond y Gordon Hamilton. Por consiguiente, no se trató de un Trabajo Social clínico propiamente psicoanalítico, ni con la formación que se requiere para hacer un tratamiento de esta naturaleza, sino de la influencia del Psicoanálisis en las labores terapéuticas, ya que se utilizaron conceptos y técnicas psicoanalíticas, pero con adaptaciones particulares⁸ (Rojas-Madrigal, 2007).

Para las profesionales pioneras resultaba común trabajar desde el método de caso analizando la transferencia y contratransferencia, los mecanismos de defensa, el ello, yo, superyó, la catarsis y otros conceptos que eran parte de las explicaciones del comportamiento humano validadas, no solo por ellas, sino también por Psiquiatras que habían sido formados desde esta corriente y con los que trabajaban en conjunto. Una de las influencias más notoria de esta corriente fue la elaboración de las ya

⁶ Los documentos históricos refieren a todas las tesis presentadas por las personas entrevistadas, o bien las tesis vinculadas al Trabajo Social Clínico en Costa Rica desde la década de 1950 hasta la primera década del siglo XX, además de todo documento histórico disponible en las instituciones estudiadas, donde se aludiera al quehacer de Trabajo Social (las instituciones tal como he indicado en el documento fueron la Caja Costarricense del Seguro Social, y como parte de esta el Hospital Calderón Guardia, la Junta de Protección Social a la que inicialmente pertenecieron el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Nacional Psiquiátrico, y por otra parte el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia). No sé citan en este texto, por tratarse de una importante cantidad de documentos. Todas las referencias están en la tesis ya mencionada.

⁷ Si bien, como se puede consultar en la bibliografía hay una buena cantidad de Trabajos Finales de Graduación consultados sobre el tema en este escrito, no pretendo ser exhaustiva, y considero que es importante realizar una revisión sistemática de todo lo producido en este campo en ambas universidades. Importante sí denotar que los trabajos procedentes de la Maestría en Terapia Familiar Sistémica de la ULICORI son en su totalidad desde dos perspectivas: 1. La Terapia familiar sistémica, en la cual se pueden encontrar el Enfoque estructural, el Estratégico y el Modelo de Validación Humana mencionados en los documentos y 2. La Terapia Breve Centrada en Soluciones.

⁸ Las labores terapéuticas orientadas desde el Psicoanálisis se realizaron mediante una conversación cara a cara, en la cual se analizaban los mecanismos de defensa, se trabajaba la catarsis, se exploraba la historia de la persona para explicar sus acciones, y se fortalecía el “yo”, por lo cual se trataba de una conversación terapéutica sustentada en los conceptos y nociones del psicoanálisis, pero sin recurrir al uso del diván, a la asociación libre, ni a técnicas más cercanas a la práctica analítica definida originalmente por Sigmund Freud (Rojas-Madrigal, 2007). Valga también aclarar que la influencia de este enfoque se debe al papel de Psiquiatras que se especializaron en Psicoanálisis fuera de Costa Rica, y que eran docentes de la carrera o bien formaban a las profesionales en los equipos interdisciplinarios que existían en los hospitales estudiados, y en segunda instancia por bibliografía del casework norteamericano.

mencionadas *historias longitudinales* en el Hospital Nacional Psiquiátrico, los cuales eran estudios que recuperaban la historia de la vida de las personas atendidas, desde su nacimiento -o incluso con la familia reconstruían lo que había ocurrido durante la gestación- hasta el momento en que eran ingresados al centro hospitalario (Rojas-Madrugal, 2007).

Desde mediados de los años 50 las profesionales realizaban lo que hoy nombramos **intervención en crisis**. La descripción minuciosa del proceso de atención da cuenta de cómo realizaban escucha activa, ubicaban la situación de la persona atendida y su familia, y exploraban con ella y mediante los recursos institucionales posibles soluciones, todo aparejado a un proceso de contención. Importante además recordar que desde la década del 60 hay publicaciones en Norteamérica como parte importante del Trabajo Social Clínico en este ámbito, tal como el texto *Working with Families in Crisis: An Exploration in Preventive Intervention* de Lydia Rapoport (1962), elaborado en 1959-1960, junto con otros textos posteriores de la autora, además de la ya conocida obra de Naomi Golan sobre el tema desde finales de los años 60 y 70 (Golan, 1969, 1978).

Posterior a estos momentos primigenios del Trabajo Social Clínico en Costa Rica, como describí previamente, se genera un proceso en el cual se pierde fuerza y legitimidad por los cambios curriculares acaecidos con la reconceptualización. Esto tiene un impacto desde luego en los referentes utilizados. Las y los colegas mencionan que las críticas recibidas generaron no solo el cisma explicado entre la Universidad y las instituciones, sino también la necesidad de validar su práctica terapéutica y defenderla, para lo cual empiezan a leer y buscar otros referentes teóricos y metodologías, como parte de la tendencia de alejarse de la fundamentación hasta entonces utilizada, pero sin caer tampoco en el abandono absoluto de la práctica clínica (Rojas-Madrugal, 2007; Rojas-Madrugal, 2008).

Esto se da además en el contexto de la crisis económica de finales de los 70 y el inicio del ajuste estructural de los 80. Por esto es comprensible que los enfoques que hicieron más eco fueron aquellos que proponían abordajes terapéuticos breves. Otro punto importante es que, desde el inicio del método de caso en Costa Rica, se dio atención de familias, no solamente intervención individualizada, por lo que, aquellos referentes que se interesan en la familia coincidían con lo que se estaba realizando.

El cambio, sin embargo, no fue de un momento a otro, sino más bien paulatino. Durante la década de los 80 varias y varios colegas empezaron a acercarse a la **terapia familiar sistémica**, y conforme adoptaron sus principios, el Psicoanálisis fue perdiendo fuerza. Hoy en día este referente se continúa utilizando en el país, máxime que ha sido parte de la formación a nivel de Maestría que se oferta en la Universidad de Costa Rica y en la Universidad Libre de Costa Rica (por ejemplo, Arce, 1998; Font, 1998; Mora, 2006; Mora, 2010; Padilla, 2011; Retana, 2011; Guevara, 2012; Silva, 2013; Castillo, 2014; Moodie, 2015; Angulo, 2017; Fallas, 2017; Marín, 2017; Orozco, 2017; Valverde, 2017; Meneses, 2018; Quesada, 2018 y López, 2019; elaboran sistematizaciones de terapia de familias en ambos posgrados).

En esta década además se conoce la **terapia centrada en la persona** de Carl Rogers, que tiene menos impacto, pero logra posicionarse también en Costa Rica. Hay que recordar además que algunos autores y autoras de estas propuestas criticarán al Psicoanálisis, por lo que, se entraba con la tendencia crítica de los referentes pasados, pero con el fin de adoptar nuevos enfoques, como antes mencioné (Rojas-Madrugal, 2007).

Acá se enlaza un fenómeno interesante, y es que algunas colegas recién graduadas que no recibieron formación en el campo terapéutico en la Universidad fueron asumiendo estos referentes para su trabajo profesional y capacitándose, principalmente la terapia sistémica, lo que evidencia que la formación académica debe ser leída como un continuum y no solamente a partir de las titulaciones oficiales y sus contenidos.

Paralelo a esto, durante la década de 1980, además se intentan adaptar conocimientos aportados por la formación universitaria para realizar labores terapéuticas, tal como ideas de Paulo Freire para realizar grupos terapéuticos. A su vez, por la búsqueda de más referentes en Suramérica y el alejamiento de lo producido en Norteamérica, en esta década fue posible encontrar el manejo de grupos terapéuticos desde el **Grupo Operativo** propuesto en Argentina por Enrique Pichón Riviére (Rojas-Madrigal, 2007).

Posteriormente, las luchas y formas de presión de los movimientos feministas generaron una importante inflexión en los años 90, de lo cual no estuvo exento el Trabajo Social Clínico.

En Costa Rica desde los años 80 diversas organizaciones feministas crearon programas y espacios colectivos que tuvieron como eje de lucha la violencia contra las mujeres. Esto apuntaló la aprobación de la Ley de Igualdad Real de la Mujer en 1990. La ratificación de la Convención Belem Do Pará en 1995 también impulsó la creación de políticas dirigidas a denunciar y abordar la violencia contra las mujeres (Sagot, 2006).

16 Todo esto propició que los y las trabajadoras sociales ubiquen desde la década de 1990 la implementación de **terapias desde la perspectiva de género o género-sensitivas** como se les ha conocido en el país, tanto para trabajar con las mujeres sobrevivientes como con sus hijos-hijas, aunado a la labor profesional ante las secuelas de la violencia sexual, vivenciada principalmente por niñas, mujeres adolescentes y mujeres adultas. Dentro de esta línea se ha desarrollado un trabajo terapéutico además con personas que han cometido ofensas sexuales, como forma de evitar la reincidencia y prevenir esta forma de violencia, conjugando la perspectiva de género y el enfoque cognitivo conductual (Mesa, 1998; Quesada, 2015).

También en los años 90 empieza a tener auge en el país la **Logoterapia** propuesta por Viktor Frankl. En 2015 se fundó el *Centro Costarricense de Logoterapia Viktor Frankl*⁹, cuyo director académico es un Trabajador Social. (Se puede consultar además la tesis de Gallardo y Gamboa, 2020).

Se adopta además a finales de esta década la **Terapia Breve Centrada en Soluciones** (González, 1998; Sancho, 2008; Agudelo, 2010; Rodríguez, 2014; Pereira, 2015; Quesada, 2015; Araya, 2017; Traña, 2017 y Villalta, 2020) y el ya mencionado **Enfoque Cognitivo Conductual** (ver Mesa, 1998; Güell, 1999; Gutiérrez, 2009; Segura, 2011; Quesada, 2015). Finalmente, a principios de este siglo, es posible encontrar labores clínicas cuyo referente es el **Constructivismo**¹⁰ (ver Céspedes, 2007).

⁹ Para mayor información sobre este centro consultar la página: www.centrodelogoterapiacr.org/

¹⁰ Una sistematización del trabajo terapéutico en esta línea, en particular desde la terapia narrativa puede verse en Rojas-Madrigal, 2020.

VII. ¿CÓMO SE HA DENOMINADO EL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO EN COSTA RICA?

En los albores del Trabajo Social Clínico en Costa Rica, no se hizo uso de este concepto, sino que se hablaba de Método de caso o Trabajo Social de caso, sin una alusión más precisa de qué exactamente era parte del proceso de trabajo. Se utilizaba además caso social individual para diferenciarlo del trabajo con las familias (Rojas-Madrigal, 2012) ya que, como mencioné antes, la familia se incorporó al proceso desde el inicio de las labores terapéuticas en el país.

El uso de la palabra terapia tuvo eco en Costa Rica a partir de los años 80, con la incursión de la terapia familiar sistémica. En los años 90:

“(...)la apertura de las Maestrías con especialidad en terapia tanto en la Universidad de Costa Rica como en la Universidad Libre de Costa Rica permite asentar más claramente el uso del término entre el gremio, y particularmente el nombre de intervención terapéutica” (Rojas-Madrigal, 2012, p. 49).

En el país además se realizó una investigación a finales de los años 90, en la cual se describieron y conceptualizaron las labores de las y los profesionales en ejercicio, decantando en la definición de tres modelos: asistencial, socioeducativo y terapéutico. Sobre este último se propuso como definición:

“Se caracteriza por el manejo de las relaciones y de los procesos comunicativos que generan tensiones entre el sujeto individual o colectivo y su ambiente. La finalidad es promover cambios que el sistema requiera para recobrar el relativo equilibrio propicio para el desarrollo individual, familiar y grupal que se aspira y que es posible” (Molina y

La definición antes mencionada, tiene como fortalezas el aludir a un sujeto individual o colectivo y resaltar el cambio como norte del trabajo profesional, sin embargo, enfatiza en el *equilibrio* (Rojas-Madrigal, 2008) lo cual es posible de criticar desde tendencias distintas a la sistémica, y desde una noción más crítica de las labores clínicas. Con el fin de aportar una conceptualización más amplia en términos teóricos, en 2007 propuse una definición que he ido modificando y cuya versión más reciente no retoma la terapia ni como un modelo, ni como una dimensión profesional, sino como aquellos:

(...) procesos de investigación-intervención realizados por un o una trabajadora social, que pretenden lograr el cambio subjetivo, relacional y comunicativo de las y los sujetos, con el fin de que translaboren, resignifiquen y superen el sufrimiento, o bien, que rompan con la repetitividad de su historia personal, familiar o comunitaria, cuando ésta se presenta como un obstáculo para su bienestar y el de su entorno (Rojas, 2008). Esta forma de trabajo profesional se plantea como un proceso, es decir, como una serie de sucesos, interacciones y acciones interrelacionadas entre sí, que involucra la investigación para conocer qué situación debe trabajarse con las personas, y a su vez –no de forma separada– la intervención para lograr cambios a nivel subjetivo, en las relaciones y la comunicación. El fin de la terapia es que las personas logren sobrevivir, resignificar e incluso superar situaciones dolorosas, producto de causas sociales, y de la interacción de éstas con las decisiones de cada sujeto en su historia personal (Rojas-Madrigal y Villegas Herrera, 2010, p. 86).

Con esta definición traté de crear una propuesta más general, donde pudiesen verse incluidas diversas perspectivas teórico-metodológicas, por la variedad de enfoques que coexisten hasta la fecha en el país. Sin embargo, como autocrítica, considero que este concepto no explicita mi postura ética, teórica, política, lo cual creo que es necesario, y que se resuelve de forma más definitiva al asumir en la misma definición el posicionamiento que se tiene.

Suscribo en ese sentido a la propuesta de Catrina Brown (2020) sobre el Trabajo Social Clínico Crítico, el cual define como una práctica directa, intencionada, basada en la justicia social que integra la teoría y la práctica crítica. Los/las profesionales que utilizan un enfoque clínico crítico exploran cómo surgieron las dificultades que enfrentan las personas de forma contextualizada. Para esto exploran el significado de las narrativas, a partir de las conversaciones terapéuticas, para desentrañar las raíces de las experiencias opresivas evitando la revictimización, las compresiones individualizantes, el etiquetamiento y la patologización.¹¹

Esta propuesta de Trabajo Social Clínico Crítico y Antiopresivo en pro de la justicia social se sustenta en Brown (2020):

1.-Una sólida formación teórica en pensamiento crítico para despatologizar y contextualizar la atención. Esto permite el cuestionamiento de los discursos de poder, logrando así entender las situaciones sociales como histórica, social y políticamente situadas.

2.-Un proceso reflexivo, disciplinado y riguroso en el quehacer profesional, para desarrollar una práctica clínica crítica y antiopresiva, comprendiendo que no se trata de “aplicar” la teoría a la práctica. La práctica clínica crítica no emerge simplemente porque uno está fundamentándose desde teorías anti-opresivas, descolonizadoras y de justicia social. Nosotros necesitamos pensar primero que nada acerca de cómo esas ideas son traducidas a las prácticas alternativas intencionadas (Brown, 2020, p. 19).

3.-La resistencia ante las tentativas neoliberales, que promueven la formación de habilidades o competencias con énfasis biomédico, descontextualizadas, despolitizadas, en pro de generar un diagnóstico estandarizado, basado en evidencias, con respuestas mecanizadas y estrategias de respuesta rápidas.

4.-La crítica a los discursos dominantes que sostienen relaciones de poder y opresión. Esto incluye la no esencialización de las identidades y por ende un abordaje que recupere las diversidades, a su vez que se desafían discursos xenófobos, racistas, heteronormativos, sexistas -entre otros- que son internalizados y causan daño y sufrimiento a las personas con las que se trabaja en la práctica clínica.

¹¹ En esta definición he hecho referencia a dos párrafos de la autora que cito a continuación, mediante una traducción libre que he realizado para fines de esta publicación: “La práctica clínica crítica es (...) un enfoque que no realiza etiquetado, y se distancia del diagnóstico y la patologización. En su lugar, se explora el significado del problema y se reconoce la creatividad de las estrategias que las personas han utilizado para afrontarlo. Las personas profesionales que utilizan un enfoque clínico crítico exploran cómo surgieron las situaciones en un contexto social, analizan su significado y contexto en las conversaciones, y evitan individualizar, culpar y enfatizar en los fracasos. (...) La práctica clínica crítica es consciente del aspecto discursivo de la vida y las experiencias de las personas y esto se evidencia en las conversaciones terapéuticas. Al descifrar los aspectos discursivos de las historias de las personas, los profesionales exploran las conexiones entre el poder y el conocimiento (C. Brown, 2014 a, 2014b, 2018). La diversidad social de la vida de las personas y las experiencias opresivas son un punto focal en la contextualización del trabajo (Brown, 2020, pp. 16-17). La práctica clínica crítica es una práctica directa intencionada basada en la justicia social que integra la teoría y la práctica crítica. No sólo cuestiona los discursos dominantes que dan forma a las conversaciones terapéuticas, sino también los discursos sobre la salud mental, el uso de sustancias, la violencia, el trauma y el bienestar que, en conjunto, suelen patologizar, individualizar y descontextualizar las luchas y experiencias de las personas (Brown, 2020, p. 43).

5.-Reconocer el conocimiento que ambas partes tienen en el proceso terapéutico. Tanto el/la profesional como la persona con la que trabaja son activos en el proceso, no hay un lugar del “experto” sino que se aborda el proceso desde una postura colaborativa donde el poder se comparte.

Además de coincidir con lo propuesto por Catrina Brown (2020), considero importante agregar que la atención terapéutica, como he señalado en otros momentos, debe retomar como el género, la clase social, el trabajo, la edad, la etnia, la nacionalidad, la identidad sexual, la zona de procedencia, entre otros (Rojas-Madrigal Carolina, 2011) median en la situación que las personas presentan -esto está en consonancia con la propuesta de retomar la interseccionalidad también en Brown- en el marco del respeto y la defensa de los Derechos Humanos.

Finalmente, aunque en Costa Rica se ha utilizado mucho más la acepción de intervención terapéutica, o procesos terapéuticos, en realidad hay sintonía con la conceptualización antes citada de Trabajo Social Clínico, en la cual he suscrito este artículo.

VIII. LUCHAS GREMIALES EN EL SIGLO XXI

Desde el año 2005, tuve la oportunidad de participar en las diversas acciones que se han apuntalado desde el Colegio de profesionales que en Costa Rica regula y defiende el ejercicio del Trabajo Social.

Cursando la Maestría en Trabajo Social, gracias al profesor que impartía el curso de fundamentos legales, fue posible ubicar en la corriente legislativa del Congreso un proyecto de Ley presentado por el Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica (Proyecto de Ley N° 15815, 2005, 16 de febrero) en el cual se proponía que la profesión de psicología sería la única con potestad de realizar capacitación, docencia, asesoría, investigación, planificación, evaluación, entre otras, relacionadas con la salud mental y la intervención en crisis.

Ante esta iniciativa, desde el Postgrado y la Escuela de Trabajo Social se instó a una convocatoria en el Colegio para discutir las implicaciones del proyecto. En este evento se formaron dos Comisiones en las que participé. La primera vinculada a la Defensa de la intervención terapéutica, integrada por profesionales del Ministerio de Educación, el Poder Judicial, la Caja Costarricense de Seguro Social, el presidente del Colegio, estudiantes y docentes de las dos universidades formadoras en ese momento¹² (Universidad de Costa Rica y Universidad Libre de Costa Rica).

¹² Esta Comisión estuvo integrada por las siguientes profesionales en Trabajo Social: Dra. Sandra Araya -Ministerio de Educación Pública-; Lic. Mario Gómez Villalobos -Presidente del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica-; Máster Rosario González -Poder Judicial-; Máster Ana Josefina Güell -Caja Costarricense de Seguro Social-; Bernardita Lilelan Fallas -Universidad Libre de Costa Rica-; Marta López Hernández -Colegio de Trabajadoras Sociales de Costa Rica-; Carolina Rojas Madrigal -Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica-; Nancy Vargas Guevara -Ministerio de Educación Pública- y estudiantes Licda. Carmen Linneth Chinchilla Fallas -estudiante Maestría de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica- Daniel González Quesada -Estudiante de la Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica- (Comisión Pro Defensa de la Intervención Terapéutica de Trabajo Social, 2005).

Desde esta Comisión se realizaron coordinaciones con las agrupaciones gremiales vinculadas con la Orientación, la Enfermería y la Psiquiatría, ya que también se verían afectados y afectadas por este proyecto. Se realizaron llamadas y cartas a los y las diputadas y se elaboró un documento para rescatar elementos teóricos e históricos para validar la práctica del Trabajo Social en las áreas amenazadas por el proyecto de ley. Como resultado, el proyecto del Colegio de Psicólogos no fue aprobado¹³ (Comisión Pro Defensa de la Intervención Terapéutica de Trabajo Social, 2005).

La segunda Comisión creada, también desde el ente gremial, se avocó a realizar una reforma a la Ley que define y regula el ejercicio profesional en el país. Estuvo conformada por una estudiante y docentes de la Universidad de Costa Rica. Desde las primeras sesiones de esta Comisión concluimos que era necesario reformar toda la Ley, y no solamente tratar de resguardar el quehacer terapéutico, dado que el texto vigente fue aprobado en 1967. En esta tarea trabajamos durante casi una década, en la cual se revisamos marcos legales de otros países, realizamos una indagación de escenarios laborales, realizamos lectura de referentes teóricos, y tras mucha reflexión elaboramos el texto de una nueva propuesta de Ley. Una vez validado y aceptado el texto por la Junta Directiva del Colegio, se hizo un largo y detallado proceso de validación e incorporación de observaciones de colegas de todo el país (Comisión para la Reforma de la Ley Orgánica del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica, 2015).

Finalmente, el proyecto fue presentado en la Asamblea Legislativa en setiembre de 2016 (Proyecto de Ley 20091, 2016, 2 de setiembre), y aunque fue avanzando en las consultas oficiales que realiza dicho órgano a diversas entidades, enfrentó una fuerte oposición del Colegio de profesionales en Psicología que derivó en su no aprobación y fue archivado. Como parte de las acciones para defender el proyecto, fue posible asistir a espacios de discusión con profesionales de esta disciplina que de forma directa indicaron que teníamos que eliminar toda alusión a las labores terapéuticas. Al escribir este artículo, tres años después de que se rechazara esta propuesta, el proyecto nuevamente se encuentra en la corriente legislativa, con algunas modificaciones respecto al texto original, esperando ser dictaminado (Proyecto de Ley 22478, 2021, 15 de abril).

Posteriormente he participado de Comisiones en las cuales se realizan pronunciamientos a favor de lo terapéutico, para uso de las y los profesionales en sus centros de trabajo, dado que el marco normativo actual solo hace referencia a los métodos de caso, grupo y comunidad, y, si bien se contemplan las labores clínicas en estos métodos, por lo cual el ejercicio no está totalmente descubierto, a su vez se requiere de un lenguaje mucho más acorde con el momento actual, que vincule a la profesión de forma explícita con esta forma de trabajo profesional, máxime tras los embates que se han afrontado de parte del Colegio de profesionales de Psicología.

¹³ Desde la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, se respondió además a la consulta realizada desde la Asamblea Legislativa respecto a este proyecto, expresando un abierto desacuerdo con las funciones que en éste se atribuían las y los profesionales en psicología, ya que al restringir las intervenciones ante situaciones de crisis y la atención del campo de la salud mental, solamente a profesionales de esta disciplina, afectarían directamente todos los ámbitos en los que se realiza la intervención terapéutica desde Trabajo Social. Lo anterior consta en oficio MAETS-227-05/ TS-623-2005, suscrito por la Directora del Programa de Posgrado en Trabajo Social, y la Directora de la Escuela de Trabajo Social (Campos, I. y Molina, M. L., comunicación personal, 20 de setiembre de 2005).

¹⁴ La Comisión estuvo integrada por las docentes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica: Dra. Sandra Araya; M.Sc. Lorena Molina; M.Sc. Ana Monge -en aquel entonces además fungía como Jefatura Nacional de Trabajo Social del Ministerio de Justicia y Paz-; M.Sc. Nidia Morera y M.Sc. Carolina Rojas y por la estudiante M.Sc. Eugenia Boza (hoy día también docente de la Escuela de Trabajo Social de la UCR).

Un avance en este sentido, lo representa la modificación del **Manual Descriptivo de Especialidades de la Dirección General del Servicio Civil**, lo cual fue posible también mediante el trabajo de una Comisión que conformamos entre profesionales de diversas instituciones y representantes de las Universidades.¹⁵ La actualización de este Manual aprobada en 2011 permite que hoy día se reconozca O de características del Trabajo Social. Textualmente se indica que la profesión asume:

la intervención terapéutica que involucra principalmente la mediación en crisis, terapia de pareja y familia, con grupos o arbitraje a nivel terapéutico en casos, por ejemplo, de violencia física, sexual, patrimonial o psicológica, conflictos intrafamiliares, alcoholismo y farmacodependencia, crisis derivadas de

Este Manual de especialidades cubre a gran parte de las y los profesionales en ejercicio de una importante cantidad de instituciones públicas como el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, entre otras.

IX. FORMACIÓN ACADÉMICA

Si bien ya mencioné algunos elementos de la formación académica, particularmente en los orígenes de las labores clínicas en Costa Rica y en la reconceptualización, en este apartado voy a plantear de forma muy breve lo relativo a la formación actual, sin ninguna intención de ser exhaustiva, ya que es un tema sobre el cual no hay tantos datos disponibles como sería deseable.

En el año 2004 la Escuela de Trabajo Social, Sede Rodrigo Facio realizó un cambio en el plan de estudios en el cual incorporó cursos de la línea historia, teoría y métodos. Dentro de estos cursos se incluyó la formación en procesos terapéuticos en el grado (Morera, 2005) en particular en intervención en crisis, y bases para realizar grupos terapéuticos, en el curso denominado **Teoría y Métodos del Trabajo Social V**. Importante mencionar que, en el bachillerato se cuenta con un **Seminario de familias**, seguido del curso **Intervención con familias** en el cual se conocen diferentes aproximaciones teóricas y metodológicas de la terapia familiar. Ahora bien, tal como en otros países de la región, la formación de profesionales como terapeutas familiares se concibe como una especialización posterior a la licenciatura.

En el país hay dos formaciones de posgrado que se relacionan con el tema, por un lado, la Maestría en Trabajo Social con énfasis en intervención terapéutica que inicia en 1996 (Campos, 2006) y continúa abierta con una promoción en proceso formativo actualmente. Y la Maestría en Terapia Familiar Sistémica de la Universidad Libre de Costa Rica, desde la cual se ha brindado formación desde 1999.

Si bien hay otras ofertas formativas en el país a nivel de grado -bachillerato y licenciatura- como la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica de la Sede de Occidente, y la formación en la Universidad Libre de Costa Rica y en la Universidad Latina de Costa Rica, no cuento con

¹⁵ La Comisión estuvo integrada por las profesiones en Trabajo Social: Licda. Clara Julia Guido Chavarría -Instituto Nacional de Aprendizaje-; M.SP. Nuria Madrigal Soto -Ministerio de Salud-; M.Sc. Ana Monge Campos -Ministerio de Justicia y Paz-; M.Sc. Carolina Rojas Madrigal -Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica-; Licda. Hellen Zuñiga Muñoz -Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia- (Comisión Ad-Hoc de Actualización de Perfil de Trabajo Social para Servicio Civil, 2011).

suficiente información para poder reseñar sus cambios curriculares más recientes, y qué tanto se profundiza o no en la formación clínica. Sin embargo, sí es posible encontrar en los planes de estudio y en programas de cursos que están en línea la mención de la intervención terapéutica como parte de los contenidos. Considero que este es un tema importante de investigar a futuro.

X. EN LUGAR DE UN CIERRE UNA PROSPECTIVA

El Trabajo Social Clínico surge en Costa Rica mediado, como he dicho antes, por condiciones históricas de ampliación de la institucionalidad, de afianzamiento de la clase media, y a su vez de una ideologización anti-comunista que sostuvo por décadas la social democracia, con un claro beneficio para grupos aliados al poder político. A su vez, esto genera cierta estabilidad, que, con sus contras, propició que el país sostuviese aceptables márgenes de movilidad social, sin que eso obvie las desigualdades sociales y la pobreza existentes.

En este contexto el surgimiento y consolidación de la institucionalidad pública permitió la contratación y estabilidad laboral de trabajadoras y trabajadores sociales. Estas y estos profesionales desarrollaron las primeras labores clínicas a mediados de los años 50 del siglo XX y por la legitimidad que le dieron a esta práctica, el trato directo con las personas con las que realizaron el trabajo profesional, la demanda institucional, la formación académica y los objetos de atención asumidos.

Todo esto se desarrolla y consolida durante las dos décadas siguientes, enfrentando un cisma con la reconceptualización del Trabajo Social y el rechazo al método de caso en todas sus posibilidades, lo cual debilita las labores clínicas en el país respecto a las décadas anteriores, a su vez que las transforma, conllevando cambios en la fundamentación teórica, la búsqueda de referentes ante las carencias en la formación académica en este ámbito, en los años 80 y la incursión posterior en nuevos campos de trabajo y propuestas teórico metodológicas en los 90.

El Trabajo Social Clínico costarricense enfrenta el siglo XX con presiones externas e internas, cuyo fin es minar esta posibilidad de atención profesional en Costa Rica. Sin embargo, las luchas gremiales realizadas desde el Colegio de profesionales, junto con la investigación, y la tenacidad del trabajo profesional cotidiano, han sostenido hasta el día de hoy la necesidad de una formación sólida, del reconocimiento legal e institucional, y la posibilidad de sustentar desde diversos espacios un Trabajo Social Clínico Crítico en el país, desde el cual se comprendan las causas de las desigualdades sociales, mediante un ejercicio de reflexividad, en el marco de los derechos humanos, tarea que se vislumbra central en los próximos años.

REFERENCIAS

- Agudelo Vera, S. (2010). Práctica clínica realizada con dos Sistemas Familiares, aplicando el enfoque de Terapia Breve Centrada en Soluciones. (Tesis de Maestría). Recuperado de: http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=1947&tab=opac
- Alayón, N. (2005). El movimiento de la Reconceptualización. Una mirada crítica. En Alayón, N. (comp.) Trabajo Social Latinoamericano. A cuarenta años de la Reconceptualización (pp. 9-17). Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Angulo Vásquez, K. (2017). La terapia sistémica, experiencia de cambio para dos familias y la terapeuta en formación a través de la co - construcción de nuevas relaciones y conocimiento. (Tesis de Maestría). Recuperado de: http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=7260&tab=opac
- Araya Sánchez, Z. (2017). Crecimiento familiar a partir de la co-construcción sistémica del vínculo de pareja. (Tesis de Maestría). Recuperado de: http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=7260&tab=opac
- Arce Navarro, P. (1998). Sistematización de una intervención terapéutica desde la perspectiva del modelo de terapia familiar estructural sistémica: tres sistemas familiares de niños con problemas de aprendizaje. (Tesis de Maestría). Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfgmae/tfg-m-1998-07.pdf>
- Brenes Rodríguez, M. A. (2015). En los orígenes de la profesión: la institucionalización de la formación profesional del Trabajo Social costarricense (1942-1952). Diálogos Revista Electrónica. Volumen 17, Número 1, (1409-1469). DOI. <https://doi.org/10.15517/dre.v17i1.15510>
- Brown, C. (2020). Critical Clinical Social Work: Theoretical and Practical Considerations. En C. Brown y J. E. MacDonald (comp.) Critical Clinical Social Work: Counterstorying for Social Justice (pp. 16-58). Canadá: Canadian Scholars.
- Campos, I. (2006). La formación profesional del posgrado en Trabajo Social en Costa Rica. Antecedentes, avances, direccionalidad y desafíos actuales. Revista Costarricense de Trabajo Social. Colegio de trabajadores sociales de Costa Rica. Número 18, (1-13).
- Campos, I. y Molina, M. L. (20 de septiembre de 2005). MAETS-227-05/ TS-623-2005. [Correspondencia].
- Castillo Quirós, D. K. (2014). El arte de la Terapia Familiar: cómo favorecer el cambio estructural y la búsqueda de soluciones en el sistema familiar. (Tesis de Maestría). Recuperado de: http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=3037&tab=opac
- Céspedes Chacón, M. (2007) Intervención terapéutica constructivista en el proceso de revinculación afectiva en niños (as) sobrevivientes de violencia intrafamiliar que forman parte del programa de hogares de acogimiento familiar, en la Oficina Local del Patronato Nacional de la Infancia, Puntarenas. (Tesis de Maestría). Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfgmae/tfg-m-2007-01.pdf>
- Comisión para la Reforma de la Ley Orgánica del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica (2015). Informe del Proceso de trabajo de la Comisión para la reforma de la Ley Orgánica del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica 2005-2014. Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.
- Comisión Pro Defensa de la Intervención Terapéutica de Trabajo Social (2005). Informe del trabajo realizado por la Comisión Pro Defensa de la Intervención Terapéutica de Trabajo Social. Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.
- Comisión Ad-Hoc de Actualización de Perfil de Trabajo Social para Servicio Civil (2011). Propuesta de Comisión Ad Hoc. Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.
- Dirección General del Servicio Civil (2011). Manual Descriptivo de especialidades: Trabajo Social. Resolución DG-221-2004 del 3/09/2004. Especialidad Modificada según Dictamen Técnico 075-2011 firmado el 8/11/2011. Recuperado de: http://www.dgsc.go.cr/ts_clases/dgsc_servicios_clases.html

- Fallas Rodríguez, I. (2017). Conociéndonos, creciendo y cambiando juntos. (Tesis de Maestría). Recuperado de: http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=6197&tab=opac
- Fumero-Vargas, P. (1997). "Se trata de una dictadura sui generis". La Universidad de Costa Rica y la Guerra Civil de 1948. Anuario de Estudios Centroamericanos. Número 23, (115-142). DOI. <https://doi.org/10.2307/25661295>
- Gallardo Briceño, M.P y Gamboa Chinchilla, Ilse (2020). La logoterapia como enfoque de intervención terapéutico en familias y personas adultas mayores atendidas en la Fundación Cuidados Paliativos Belén que vivencian el duelo anticipado durante el período 2020. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de: <http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori//media/digitales/td742ts.pdf>
- Golan, N. (1969). When is a Client in Crisis?. Social Casework. Volumen 50, Número 7, (389-394). DOI. <https://doi.org/10.1177/104438946905000703>
- Golan, N. (1978). Treatment in Crisis Situations. New York: The Free Press.
- González, Kathia (1998). La sintomatología de las soluciones. Revista Costarricense de Trabajo Social. Colegio de trabajadores sociales de Costa Rica. Número 8, (32-33).
- Granados Font, R. (1998) Un modelo para la evaluación de la terapia familiar sistémica con familias de menores con problemas de aprendizaje. (Tesis de Maestría). Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfgmae/tfg-m-1998-01.pdf>
- Güell Durán, A. J. (1999). Experiencia Terapéutica grupal para personas VIH/SIDA homosexuales. Un aporte desde la perspectiva cognoscitiva. (Tesis de Maestría). Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfgmae/tfg-m-1998-09.pdf>
- Guevara Aguilar, M. (2012). Aprendiendo el arte de la Terapia Familiar Sistémica: intervención con dos familias, familia humilde y familia dinámica. (Tesis de Maestría). Recuperado de: http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=2101&tab=opac
- Guillén Morera, N. (2005). El proyecto de formación profesional de la Escuela de Trabajo Social de la sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica: balance del diseño del Plan de Estudio 2004. En Ruiz, A. (comp.) Búsquedas del Trabajo Social Latinoamericano: urgencias, propuestas y posibilidades. (pp. 205-222). Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Gutiérrez Cuevas, A. (2009). Manejo de duelo en las madres y padres que pierden a su hijo o hija de forma inesperada. (Tesis de Maestría). Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfgmae/tfg-m-2009-01.pdf>
- Jara, A., y Jara, E. (Directores). (2014). El codo del diablo. [Documental]. La Pecera/Ceibita Films.
- López Rosales, L. (2019). Terapia familiar sistémica: dos familias al encuentro del cambio, lucha y perseverancia. (Tesis de Maestría). Recuperado de: http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=7261&tab=opac
- Marín Conejo, R. (2011). Experiencia terapéutica con las familias: A cada quién su saco y la adolescente que quería dejar de ser niña. (Tesis de Maestría). Recuperado de: http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=3450&tab=opac
- Meneses Brenes, H. (2018). El abordaje familiar sistémico: sembrando esperanza. (Tesis de Maestría). Recuperado de: http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=6196&tab=opac
- Mesa, L. (1998). Terapia Grupal de Orientación Cognitivo-Conductual con Perspectiva de Género para el Tratamiento de Ofensores Sexuales Juveniles. (Tesis de Maestría). Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfgmae/tfg-m-1998-05.pdf>
- Moodie Fredericks, E. (2015). Metamorfosis: terapia sistémica. Un proceso, la oportunidad de cambio. (Tesis de Maestría). Recuperado de: http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=6193&tab=opac
- Mora Escalante, Elena (2006). Proceso terapéutico desarrollado con dos sistemas familiares uniparentales encabezados por mujeres, según el enfoque sistémico. Revista Costarricense de Trabajo Social. Colegio de trabajadores sociales de Costa Rica. Número 18, (49-56).

- Mora Ruíz, Karla (2010). Intervención terapéutica bajo el enfoque terapia familiar sistémica estructural con tres familias que presentan problemas de comunicación y el manejo de límites con hijos e hijas adolescentes. (Tesis de Maestría). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Muñoz Guillén, M. (2019). Costa Rica: la abolición del ejército y la construcción de la paz regional. En M. Sagot, D. Díaz (comp.) Antología del pensamiento crítico costarricense contemporáneo. (pp. 213–228). Buenos Aires: CLACSO.
- Orozco Sanabria, M. E. (2017) Terapia familiar sistémica: creciendo con esfuerzo y compromiso. (Tesis de Maestría). Recuperado de:
http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=5502&tab=opac
- Padilla Alegre, C. G. (2011). De lo teórico a lo práctico: Al encuentro terapéutico con dos sistemas Familiares. (Tesis de Maestría). Recuperado de:
http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=4416&tab=opac
- Pereira Ulloa, S. (2015). Familias construyendo soluciones: Intervención de dos sistemas familiares bajo el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones. (Tesis de Maestría). Recuperado de:
http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=3465&tab=opac
- Proyecto de Ley 15815. Reforma integral a la Ley Orgánica del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica (2005, 16 de febrero). Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Recupado de:
http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_informacion/Consultas_SIL/SitePages/ConsultaProyectos.aspx
- Proyecto de Ley 20091. Reforma Integral de la Ley N° 3943 Ley Orgánica del Colegio de Trabajadores Sociales (2016, 2 de setiembre). Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.
http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_informacion/Consultas_SIL/SitePages/ConsultaProyectos.aspx
- Proyecto de Ley 22478. Reforma Integral de la Ley N° 3943 Ley Orgánica del Colegio de Trabajadores Sociales del 06 de setiembre de 1967 (2021, 15 de abril). Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Recuperado de:
http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_informacion/Consultas_SIL/SitePages/ConsultaProyectos.aspx
- Quesada Mata, I. (2015). Construyendo una luz al final del camino. (Tesis de Maestría). Recuperado de:
http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=5440&tab=opac
- Quesada Valverde, G. (2018). Intervención terapéutica con la familia Ramírez Cano y la pareja Mora Picado. (Tesis de Maestría). Recuperado de:
http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=6880&tab=opac
- Quesada, Damaris (2015). La interdisciplinaria y la terapia grupal: técnicas de atención de ofensores sexuales en el sistema penitenciario costarricense. Revista Costarricense de Trabajo Social. Colegio de trabajadores sociales de Costa Rica. Número 27, (49-59).
- Rapoport, L. (1962). Working with families in crisis: An exploration in preventive intervention. Social Work. Volumen 7, Número 3, (48–56). DOI. <https://doi.org/10.1093/sw/7.3.48>
- Retana Azofeifa, J. A. (2011). El encuentro terapéutico con dos familias. (Tesis de Maestría). Recuperado de:
http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=2104&tab=opac
- Rodríguez Canossa, M. (2014). Cuando el cambio es posible. Intervención terapéutica don dos familias, familia el Equipo Familiar y familia Capitaneando el barco. (Tesis de Maestría). Recuperado de:
http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=3011&tab=opac
- Rojas-Madrigal Carolina. (2011). La dimensión terapéutica del Trabajo Social y la protección de los Derechos Humanos. Revista Costarricense de Trabajo Social. Colegio de trabajadores sociales de Costa Rica. Volumen 1, Número Edición Especial, (19–23).
- Rojas-Madrigal, C. (2007). Dimensión terapéutica del trabajo social costarricense: un análisis de su surgimiento y desarrollo en cuatro instituciones pioneras. (Tesis de Maestría). Recuperado de:
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfgdoc/tfg-doc-2007-01.pdf>
- Rojas-Madrigal, C. (2008). ¿Por qué surge y se desarrolla la dimensión terapéutica en el Trabajo social costarricense?. Revista Costarricense de Trabajo Social. Colegio de trabajadores sociales de Costa Rica. Número 20, (3-10).

- Rojas-Madrigal, C. (2012). Transiciones conceptuales de los procesos terapéuticos desarrollados en Trabajo Social. *Revista Costarricense de Trabajo Social*. Colegio de trabajadores sociales de Costa Rica. Número 22, (41-53).
- Rojas-Madrigal, C., y Villegas Herrera, C. (2010). Desafiando mitos: consideraciones sobre la legitimidad de los procesos terapéuticos desarrollados en Trabajo Social. *Revista Escenarios*. Volumen 10, Número 15, (86-94).
- Rojas-Madrigal, Carolina (2020). *Terapia narrativa y perspectiva feminista: acertado encuentro para la atención de familias*. *Revista Trabajo Social*, 22 (2), 73-93.
- Sagot, Monserrat. (2006). La paz comienza en casa: las luchas de las mujeres contra la violencia y acción estatal en Costa Rica. En N. Lebon y E. Maier (comp.) *De lo privado a lo público: 30 años de lucha ciudadana de las mujeres en América Latina*. (pp. 273-289). México: Siglo XXI. UNIFEM. LASA.
- Sancho Monge, M. (2008). *Intervención con dos sistemas familiares; familia de Estar Pegados... al Oasis y familia Génesis*. (Tesis de Maestría). Recuperado de http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=1942&tab=opac
- Schifter, J. (1985). *La fase oculta de la guerra civil en Costa Rica*. San José: EDUCA.
- Segura Chaves, Leidy (2011). Módulo de grupo terapéutico con enfoque cognitivo conductual dirigido a personas con VIH/SIDA: una herramienta para fortalecer la adherencia al tratamiento integral y mejorar la calidad de vida en el marco de los Derechos Humanos. *Revista Costarricense de Trabajo Social*. Colegio de trabajadores sociales de Costa Rica. Volumen 1, Número Edición Especial, (73-81).
- Silva Jiménez, B. (2013). *Construyendo metas y soluciones con las familias, bajo una forma Sistemática de pensar y vivir las dificultades familiares*. (Tesis de Maestría). Recuperado de http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=2107&tab=opac
- Solís Avendaño, M. (2019). El 48 como desborde trágico. En M. Sagot, D. Díaz (comp.) *Antología del pensamiento crítico costarricense contemporáneo*. (pp. 171-212). Buenos Aires: CLACSO.
- Traña Trigueros, Marianela (2017). *Co-construyendo soluciones para el cambio sistémico... una experiencia con familias cooperantes*. (Tesis de Maestría). Recuperado de http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=6199&tab=opac
- Valverde Zumbado, Y. (2017). *El proceso terapéutico con dos familias: construyendo soluciones desde el enfoque sistémico*. (Tesis de Maestría). Recuperado de <http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori//media/digitales/t68tf.pdf>
- Villalta Calderón, Y. (2020). *Factores influyentes en la morfogénesis de sistemas familiares en terapia familiar*. (Tesis de Maestría). Recuperado de http://186.96.88.78:7080/appserv/ulicori/shared/biblio_view.php?bibid=7262&tab=opac