



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología
Programa de Magister Clínico Adulto

Tesis para optar al grado académico de Magister
**“Salud Mental en Chile: Posibles respuestas y alcances en torno a la
propuesta del dispositivo psicoterapéutico de Montesana”.**

María del Pilar Cuevas Vial.

Profesora Patrocinante:
Carolina Besoain A.

Abril, 2013

*“Escribid
en el mundo
una sola palabra
escrita para mí,
la
leeré”
Alessandro Baricco.*

Quisiera agradecer a todos quienes me apoyaron y de alguna manera fueron parte de esta historia:

A mi familia y amigos, mi infinita gratitud por la paciencia y apoyo incondicional.

A la Corporación Mentosana, especialmente a Ariel Berezin, por su disposición y confianza en este proyecto.

A Carolina Correa, por su tiempo y estar dispuesta a aprender juntas.

A Carolina Besoain, por la amistad, confianza, paciencia, y constante aprendizaje.

A todos los que con su participación, directa o indirecta, hicieron esto posible.

Índice

0.	Resumen	p. 4
I.	Presentación de un Malestar <i>a) La propuesta de Mentosana</i>	p. 5 p.10
II.	Las historias, la historia, una historia. La Psicología en Chile: Tensiones y posibilidades en torno a un análisis micropolítico de la psicoterapia <i>a) La Psicoterapia: un trabajo singular</i>	p.15 p.21
III.	Hacia una Propuesta de Investigación: Consideraciones Epistemológicas y Metodológicas	p.24
IV.	De la Institucionalidad Invisiblemente Presente: Tensiones entre lo Visible e Invisible de Mentosana	p.33
V.	De la Participación en Mentosana: Tensiones entre la Experiencia del Trabajo Remunerado y la Experiencia de Formación	p.43
VI.	Del Saber, la Locura y la Cura: Tensiones entre los Discursos Dominantes y los Momentos de Singularidad poética en el dispositivo psicoterapéutico de Mentosana	p.49
VII.	De los Tiempos y las Distancias: Aperturas Posibles	p.59
VIII.	A modo de cierre	p.65
IX.	Referencias Bibliográficas	p.72
X.	Anexos 1. Guión temático entrevistas 2. Cuaderno Reflexivo Investigadora 3. Consentimiento Informado Participantes	p.78 p.78 p.79 p.80

Resumen

En nuestro país se ha manifestado un reciente malestar referido a diversos ámbitos, en dónde la salud en general y la salud mental en particular, han cobrado un carácter central. El acceso a psicoterapia es un ámbito que evidencia grandes inequidades entre los diversos sectores socioeconómicos, tendiendo a ser un área exclusiva de los sectores más acomodados. Sin embargo, alternativas como la propuesta por la Fundación Mentisana surgen como posibilidad para todas aquellas personas que de otro modo no podrían costearla. La presente investigación se interroga respecto del dispositivo psicoterapéutico que allí se genera, considerando los discursos que se vehiculizan, así como también las prácticas y condiciones de posibilidad que de éste se desprenden.

Para tales propósitos, se entrevistó tanto a consultantes como terapeutas que participaron de la institución antes mencionada entre los años 2008 y 2012. Así, a partir de los relatos obtenidos, se presentarán aquellos elementos que configuran el dispositivo psicoterapéutico en este particular contexto, generando una reflexión crítica respecto de aquello que reproduce y las posibilidades de transformación subjetiva que habilita.

I. Presentación de un Malestar

“El interés da su valor propio a aquello que afecta”

Georges Bataille.

En la actualidad, corren tiempos caracterizados por la inestabilidad, la vorágine, la velocidad, la violencia. Todo transcurre de modo tal que habitamos aquella complejidad e incesante vértigo. En consecuencia, pareciera opacarse toda posibilidad de detención, de reflexión; como si todo hubiese sido ya dicho, pensado o actuado. Aquellos relatos que antes nos determinaban son puestos en cuestión quedando en entredicho la supuesta unidad, coherencia y veracidad de los mismos. En palabras de Bauman (2010), nos vemos enfrentados a una modernidad *líquida*, un constante fluir donde no hay molde que ajuste su contenido y los antiguos conceptos y definiciones no se sostienen.

Ante tal escenario, cualquier discurso disponible quedaría, al poco andar, obsoleto, sería pasajero e incluso innecesario, revelándose el universo mismo como algo poco coherente y previsible; no siendo susceptible de sumisión a ley general ninguna. Por ende, los cimientos sobre los que se fundó la propia modernidad son criticados: los dualismos cartesianos, la pretensión de objetividad en el conocimiento, entre otros. El hombre posmoderno, ya no se vale de metarelatos, toda certidumbre es puesta en duda (Quintana de Uña, 2004). Por tanto, cabe la pregunta por ¿qué historia es la que nos contamos-o dejamos de contar- que nos permite situarnos? En este tiempo, ¿qué condiciones están dadas para el decir?, ¿qué es aquello posible de ser dicho?

En primer lugar, siguiendo a Michel Foucault (1970/2008) todo discurso obtiene el poder que nosotros mismos le otorgamos a éste, y en cada sociedad su producción y distribución es controlada por diversos procedimientos a fin de “conjurar sus poderes y peligros” (p. 14). Por ende, cabe entonces la inquietud respecto de aquello que es sostenido y promovido en nuestra sociedad actual, particularmente en nuestro país, y qué implicancias pueden desprenderse de todo aquello. De qué discursos disponemos, y qué se articula mediante los mismos. Para tales efectos, se hace necesario bosquejar ciertas coordenadas básicas que permitan ubicarnos.

En Chile, hoy en día, rige una economía neoliberal, de administración del modelo económico y del trabajo. Lo anterior ha devenido en prácticas que alejan al Estado de funciones que antes desempeñaba, situando la responsabilidad de las mismas en el individuo. El Estado ha ido progresivamente abandonando su rol de garante de derechos, dando paso a la creciente *individualización* de la propia gestión. Por lo tanto, ya no hay lugar para exigir a la sociedad lo que ha pasado a ser considerado como responsabilidad propia. Y así, bajo estas condiciones, ocurre que se sitúa “dentro” de los individuos exigencias de bienestar, rendimiento y trabajo, como imperativos que debe cumplir, que son impuestos y producidos socialmente, pero experimentados al interior del sujeto (Aceituno, Miranda & Jiménez, 2012). En esta misma línea, los problemas antes considerados sociales, pasan a ser individuales y por tanto demandan soluciones personales y no políticas. Por ejemplo, las políticas de gobierno que abogan por garantizar condiciones para la empleabilidad o brindar educación de calidad, se traducen en generar competencias para poder desenvolverse en un nuevo mercado de trabajo flexible (Sisto, 2009). Condiciones bajo las cuales a cada persona se le otorgan competencias para poder elegir, tomar oportunidades y responsabilizarse.

Asimismo, siguiendo lo planteado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), nuestra sociedad se ha visto afectada por ciertas “paradojas de la modernización”: si bien en este estado de cosas se han obtenido importantes logros, tales como mejora de índices económicos, mantenido el crecimiento en un alza sostenida durante los últimos diez años. Por otra parte, han aumentado los niveles de desconfianza e inseguridad entre las personas y de éstas con los sistemas de educación, salud, previsión, y trabajo (PNUD, 1998). En consecuencia, la socialización se ha visto debilitada y la autoridad ya no garantizaría el bien común. Cada quien resulta responsable de sus propios éxitos y fracasos.

Ante el panorama antes expuesto, se puede considerar un cierto estado de *malestar*, de inquietud, de descontento, que se expresa de variadas formas. Tan vago y amplio como la palabra que lo designa, este estado difícilmente puede circunscribirse, o

situarse de modo específico. No obstante aparece, siendo justamente en un contexto como el antes descrito donde se encuentran sus fuentes. Las desigualdades en las condiciones de vida, la inseguridad imperante, el debilitamiento del lazo social, la racionalidad de mercado vigente, y la individualización, han posibilitado su emergencia. Más aún, este malestar ha sido trasladado a la esfera privada del sujeto, surgiendo así una individualización del mismo. Y en este sentido, los diversos ámbitos, tales como educación, vivienda, trabajo, salud, entre otros, se han visto influidos por éste, instalándose cada vez con mayor insistencia. Particularmente en el ámbito de salud dicho malestar adquiere gran notoriedad, específicamente, en lo que a salud mental se refiere. Lo anterior se ha hecho visible, por ejemplo, en los elevados indicadores epidemiológicos de ansiedad y depresión, o en el aumento de las licencias médicas otorgadas por psiquiatras en nuestro país (Aceituno et al., 2012). Quizás, el mismo modo de enfermar cursa en sintonía con la lógica individual donde todo es atribuible a uno mismo.

Al adentrarnos en el terreno de la salud mental, existen varios aspectos a considerar a fin de asumir su complejidad, puesto que siguiendo a Spink (2010), la dicotomía salud/enfermedad coarta las opciones de comprensión y abordaje. Ya que ésta también se articula a otros fenómenos de relevancia social como la política, la medicina, las condiciones de vida, la cultura, entre otros. En primer lugar, tomando en cuenta la lógica de mercado antes expuesta, cabe destacar que la salud en Chile, por una parte, también ha sufrido una importante privatización y por otra, ha estado históricamente regida por iniciativas del modelo médico, el cual opera bajo supuestos de medicina basada en la evidencia y por criterios de costo-efectividad (Gupta, 2007). Lo anterior, se traduce en prácticas donde se homogeniza la experiencia de quienes piden ayuda, generando una suerte de tecnificación, en donde se busca atender el mayor número de casos posibles, obviando las diferencias entre cada uno; con las consecuentes implicancias en la subjetividad que ello conlleva. Convirtiéndonos así, en lo que Foucault llamaría “cuerpos dóciles” (Foucault, 1975/2008).

En segundo lugar bajo este prisma individual, donde cada quien es responsable de lo que ocurre, incluso del propio sufrimiento, los abordajes psicosociales han quedado

relegados a un segundo plano; o bien han servido para reducir la complejidad y banalizar cierta clase de sufrimientos que no responden a enfermedades consideradas como “legítimas”, aumentando así el malestar de muchas personas que acuden a los servicios de salud. Legitimación por lo demás, ligada a cierto tipo de condiciones que respondan al uso de medicamentos, por ejemplo. En consecuencia, dentro de este panorama, las salidas disponibles para el malestar psicológico, paradójicamente, parecieran ir en pos de su aumento y no de su disminución (Aceituno et al., 2012). Y en este sentido, se hace necesario una mirada crítica del tipo de soluciones que tanto las instituciones del Estado, sus políticas públicas (implementadas a través de planes y programas) y el sector privado, han estado ofreciendo en el área de salud.

Al respecto, cabe mencionar que el Sistema Nacional de Servicios de Salud, coordinado por el Ministerio de Salud, es el organismo que dictamina las normativas y regulaciones que rigen los 28 Servicios de Salud que están distribuidos a lo largo de nuestro país (Ministerio de Salud [MINSAL], 2010). Además, éste es de carácter mixto, es decir, existe el sistema público de salud, organizado en torno al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Y por otro, se cuenta con Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), de orden privado, supeditada a las posibilidades económicas de los usuarios (Minoletti & Zaccaria, 2005). Este sistema establece así, una primera brecha, entre aquellos que pueden optar a pagar por su salud y quienes únicamente pueden acceder a lo que se ofrece en el sector público. Además dicha oferta está determinada, entre otros factores, por los recursos que a ella se destinan. En ese sentido, dentro de América Latina, nuestro país es uno de los que menor gasto público destina a salud, específicamente a salud mental, correspondiendo únicamente a un 8% en el año 2010. En estas condiciones, el gasto en salud para los beneficiarios de FONASA contempla alrededor del 3% del PIB, para cubrir al 73% de la población, mientras que en ISAPRES, el gasto corresponde al 1,5% del PIB para abordar el 17% de la población (Jiménez & Radiszcz, 2012).

La escasez de recursos destinados a esta área sin duda incide en la precariedad de la oferta, pero además, se debe considerar ¿cómo se administran estos recursos disponibles? La falta de recursos puede pensarse, en cierto sentido, como la

materialización de la escasa prioridad que se le asigna a la temática, donde ni siquiera se cuenta con una Ley de Salud Mental. Sin embargo, los índices epidemiológicos existentes sugieren la importancia de llevar por el camino contrario, mostrando elevados niveles de síntomas psiquiátricos y psicosomáticos propios de los países en desarrollo y las tensiones conformes a los procesos de crecimiento económico (Aceituno et al., 2012).

Por otro lado, las alternativas existentes responden a la racionalidad económica imperante no sólo en base a los recursos, sino también respecto de la decisión de en qué se invierte. Durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos (2000-2006) se desarrolló una reforma de salud conocida como Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud (AUGE), que luego se reformuló como Garantías Explícitas de Salud (GES). En términos generales, esta reforma otorga importancia al uso de diagnósticos, basados en manuales tales como el CIE-10, y al número de atenciones realizadas. Medidas coherentes con la mirada médica que la inspira (Román & Muñoz, 2008). De este modo, la salud mental en Chile responde a una lógica que busca clasificar y tratar a los individuos, homogeneizando lo que les ocurre, sin atender por ejemplo, a la particularidad de cada caso. Asimismo, considera la medicalización como respuesta privilegiada ubicando así, las causas de aquello que ocurre al interior del individuo y su sistema biológico, concordante con el proceso de individualización del malestar antes descrito.

En consecuencia, la salud mental resulta un problema “privado” que opera bajo una lógica subsidiaria del Estado, y no considera la subjetividad implicada, no existiendo un *reconocimiento*, siguiendo la propuesta de Aceituno, Miranda & Jiménez. Reconocimiento que según estos autores, alude a dar legitimidad a aquel sujeto que sufre, dando respuestas a sus demandas en salud y sociales, al malestar que evidencia. Pero cuya institucionalidad no lo permite, porque las medidas adoptadas por el Estado apuntan justamente a homogenizar el sufrimiento, a tratar a todos de igual manera: con un diagnóstico susceptible de ser medicalizado (Aceituno et al., 2012). Así, se pierde la complejidad propia de la condición humana, y además, se desliga al sujeto del contexto social desde donde surge, se desarrolla y desenvuelve.

Las medidas adoptadas al no considerar dichas dimensiones, parecen aumentar los niveles de malestar que paradójicamente intentan combatir y relegan lo colectivo a un plano de desconfianza, donde sólo parece haber cabida para soluciones individuales. En este estado de cosas, que ha privilegiado la iniciativa privada, han surgido diversas organizaciones no gubernamentales (ONG) para asistir la labor del gobierno en distintas áreas, basadas en el trabajo de voluntarios para enfrentar las desigualdades sociales. Paradigmático es el caso de la Fundación Techo, abocada a la obtención de vivienda (Techo, 2012). Así también, en los últimos años, el desarrollo de estas ONG's han empezado a aparecer en la escena de la salud mental, en instituciones como Psicólogos Voluntarios de Chile o Mentosana, las que se han propuesto dar respuestas de apoyo y asistencia al déficit en el área de salud mental (Psicólogos Voluntarios de Chile, 2012; Mentosana; 2012). Dicho escenario, hace surgir la inquietud por las condiciones de posibilidad que este contexto otorga para el desarrollo de la salud mental en Chile. Puesto que si bien el surgimiento de estas instituciones está en sintonía con la individualización del malestar propia del espíritu de nuestros tiempos, es importante comprender los alcances de su intervención. En esta línea, en palabras de Aceituno, Miranda y Jiménez (2012), "es posible ofrecer respuestas individuales al malestar social; es más, es una necesidad y una exigencia de los tiempos, pero no puede ser agravando la condición del sujeto que sufre" (p.99).

En este sentido, la presente investigación, se interesa específicamente en la alternativa otorgada por la Fundación Mentosana. Y para abordarla, se requiere considerar la historia que le dio origen y en qué consiste la misma.

a) La Propuesta de Mentosana

Como todo invento que trasciende los usos para los cuales fue creado, así también toda solución trae consigo dimensiones que se escapan, como las dos caras de una misma moneda. Así por ejemplo, el tan celebrado crecimiento económico y progreso, manifiesta una de sus mayores inconsistencias intentando resolver tantos problemas como los que

genera (Quintana de Uña, 2004). Inevitable resulta pensar que “el propio progreso ha traído consigo también el accidente” (p. 216). Accidente que ha suscitado diversas respuestas, y habrá entonces que considerar sus dimensiones de modo crítico, generando reflexión en torno a las posibilidades y limitaciones que la misma comporta.

La Fundación Mentosana, se gesta a partir de la inquietud de dos jóvenes psicólogos, que tras su experiencia en la carrera y el trabajo en terreno, buscan responder al supuesto de que “la salud mental en Chile sea un derecho y no un lujo” (Mentosana, 2012). Esto, puesto que su experiencia formativa los llevó a enfrentarse a contextos donde la posibilidad de psicoterapia individual no era factible, dada la escasez de recursos. Es así como inspirados en experiencias *pro bono* (referidas a la atención gratuita) realizadas en otros ámbitos, deciden crear Mentosana. Ésta comenzó contactando y coordinando a psicólogos clínicos que trabajasen en consulta privada para que donasen horas de atención a muy bajo costo, a personas que de otro modo no podrían acceder a ella. Así, se generaría un contexto de atención que mantiene las mismas condiciones de la consulta privada, a excepción del tema del pago. Siendo este último acordado entre ambas partes, en base a las posibilidades del consultante. De este modo, se responde al déficit en atención psicológica, situándose en la lógica de atención privada, promoviendo los modos de la psicoterapia individual, propia de clases más acomodadas, pero a bajo costo (Mentosana, 2012).

Un punto interesante de la historia refiere a que en un principio, si bien contaban con terapeutas disponibles para atender, tuvieron que sortear la dificultad de conseguir consultantes. Para ello, se optó por ofrecer el servicio a diferentes ONG’s que requiriesen atención psicológica para alguno de sus funcionarios. Este inicio, sin duda conlleva a una interesante reflexión respecto del interés, la demanda, de la atención psicológica ¿Quiénes son efectivamente los que buscan la alternativa de la terapia?, ¿Bajo qué condiciones ésta es considerada como una alternativa posible?

Así, el año 2006, se crea una Intranet en la que se vinculan los tres actores involucrados por intermedio de Mentosana: los consultantes, los terapeutas y las instituciones que hacen de puente entre ambos. De este modo, diversas instituciones

ligadas al ámbito de la salud, educación, vivienda, etc., ingresaban a la Intranet mediante un representante, previamente autorizado por los miembros de Mentosana, para que pudiera derivar consultantes a los terapeutas interesados. Lo descrito anteriormente, que en un comienzo constituía la totalidad de la Fundación, hoy recibe el nombre de Red Externa. Ésta, se sostenía en un contacto virtual que vinculaba a los diferentes usuarios entre sí. Además de esta red, hoy Mentosana ha crecido hacia otros ámbitos, que serán señalados más adelante (Mentosana, 2012).

En su página web Mentosana se publicitaba bajo el slogan “Mentosana: psicólogos comprometidos con la comunidad” (Mentosana, 2009). Este compromiso con la igualdad en el acceso a psicoterapia, como respuesta a un contexto de déficit de recursos en la salud pública y a una creciente privatización, devino en un dispositivo que esta tesis intentará comprender en sus alcances clínicos: ¿qué es lo que está ofreciendo Mentosana?; ¿Qué supuestos respecto de lo terapéutico operan en su dispositivo?

Desde el principio esta Fundación ha estado compuesta en su mayoría por psicólogos noveles, que están recién instalando su trabajo en consulta privada, sin contar aún con gran número de consultantes. Además, los criterios de inclusión y exclusión para los terapeutas que integraban la Red se fueron estableciendo en cercanía a los criterios solicitados en el proceso de acreditación clínica: años de experiencia mínimos, supervisión constatable, por nombrar algunos. Respecto de los criterios de inclusión de consultantes, se dejaron fuera aquellos casos que requiriesen tratamientos multidisciplinarios, al no poder ser adecuadamente abordados en la consulta privada (Mentosana, 2012). En este escenario, llama la atención que sean psicólogos principiantes quienes mayor interés demuestran en este formato de atención. ¿Qué es aquello que despierta el interés de quienes se inscriben como terapeutas voluntarios en Mentosana?

Ahora bien, como fue mencionado anteriormente, la Red Externa antes descrita, es sólo uno de los ámbitos de interés de la Fundación hoy en día. Ya que a fin de responder a la búsqueda de financiamiento y la profesionalización del trabajo realizado, se han creado programas de formación y diversos seminarios. Por ejemplo, el programa de Pasantías Emociones para Aprender, corresponde a un programa en que psicólogos acceden a

procesos de formación y atención de consultantes en contextos vulnerables, a bajo costo (Mentesana, 2012). Generando así, un producto atractivo para los terapeutas al ofrecer espacios de trabajo que responden a los requerimientos de la comisión de acreditación de psicólogos clínicos: horas de supervisión, horas de formación teórica, entre otros.

Desde el año 2008 al obtener la Personalidad Jurídica, Mentesana puede brindar atención a niños. Siendo instituciones ligadas a estos últimos, como colegios, quienes demandan en mayor medida de sus servicios. Por lo tanto, no resulta difícil en este contexto comprender el cambio en el slogan de la web, donde aparece “Mentesana: comprometidos con la Infancia”. Así, actualmente, la Fundación Mentesana cuenta con más de 25 organizaciones sociales asociadas, el apoyo de más de 200 psicólogos y una taza de atención de 80 consultantes a la semana. Además, desde el año 2010 se incorporaron Psiquiatras, en respuesta a la necesidad de complementar el trabajo realizado por los psicólogos, quienes necesitaban apoyo farmacológico para sus consultantes (Mentesana, 2012).

En base a lo planteado, cabe la pregunta por aquello que se sostiene en las prácticas implementadas por la Fundación Mentesana. No sólo considerando los discursos institucionales que se defienden, como la igualdad de acceso, sino también aquello que no se declara pero que circula en los discursos de consultantes y terapeutas que han sido parte de la red. Y así, apreciar en mayor detalle y densidad el carácter de la respuesta que ofrecen instituciones como Mentesana al problema de la salud mental en Chile ¿Será que ésta puede constituirse como posibilidad de hacer frente a la situación de salud mental en nuestro país? De ser así, ¿de qué manera ocurre?, ¿Cuáles son los discursos que la articulan?, ¿Qué es lo que reproduce y qué es lo que transforma?

Es relevante indagar en iniciativas como las de Mentesana, puesto que han comenzado a convertirse en una alternativa para aquello que desde el Estado no se ha logrado resolver. Urge un análisis crítico respecto de los modos que está tomando la salud mental en Chile, así como una reflexión respecto de los alcances y limitaciones de las respuestas que, desde la sociedad civil, se han comenzado a articular frente a los evidentes déficits y desigualdades.

Para poder emprender este recorrido propuesto, la noción de dispositivo foucaultiana resulta pertinente. Este último es entendido como un conjunto heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, reglas, enunciados científicos, filantrópicos, etc. Articulándose los elementos tanto de lo dicho como lo no dicho (Foucault, 1991). Así, en él convergen distintos elementos que mediante su operar conjunto permiten desprender determinadas prácticas, considerando los elementos que las sostienen y los procesos de subjetivización ahí desplegados. Pero a la vez, la vastedad y complejidad de elementos que se modulan allí, tales como discursos, enunciaciones e instalaciones, impiden asir y determinarlo en su totalidad. Por lo tanto, para efectos de la presente investigación, se consideraran particularmente los siguientes elementos del mismo: en primer lugar, los discursos que son vehiculizados a través del dispositivo terapéutico, las posibilidades clínicas que en él se generan, y por último, las prácticas que se desprenden del mismo.

II. Las historias, la historia, una historia. La Psicología en Chile: Tensiones y posibilidades en torno a un análisis micropolítico de la psicoterapia

Toda vez que se intenta contar una historia, sea cual sea esta, nunca se deja de excluir, recortar o seleccionar ciertos aspectos por sobre el resto. Se relevan hitos, se ocultan otros y más allá de atribuir alguna intención particular a tal acción, es inherente a la propia naturaleza del ejercicio mismo del decir. Bien lo abordaba Foucault en su obra *El Orden del Discurso* (1970/2008). Por eso, considerando que el presente capítulo trata precisamente sobre aquello, más que pretensiones absolutistas y unitarias, como aquel historiador de antaño, que tantas veces ha reconstruido la historia para dejarla a su medida (Quintana de Uña, 2004), lo que se pretende aquí es articular diversos elementos, como piezas de un mosaico, a fin de contemplar qué figura es la que allí se dibuja. Este mosaico podría sin duda ser de otro modo, pero su configuración revela aquello que parece pertinente contar para dar cumplimiento a los objetivos de esta tesis.

Así, un punto de partida posible, refiere a los inicios de la disciplina psicológica en nuestro país. Dentro de los hitos determinantes, cabe mencionar la creación de la carrera de Psicología, en 1947. Puesto que de este modo, pasa a constituirse como una ciencia reconocida, una disciplina universitaria y una profesión socialmente institucionalizada. Quedando por tanto inmersa en una serie de reglamentaciones e instituciones académicas que determinaban aquello que debía enseñarse y cómo se concebía la práctica. Así, ligada al ámbito académico, sus primeras influencias derivaron del psicoanálisis y la psiquiatría. Lo que sin duda marca un sello signado por el saber médico, que aún hoy es posible visualizar, por ejemplo, en los criterios que rigen la toma de decisiones. En consecuencia, la psicología ha mantenido una ausencia de discurso teórico propio, sirviéndose y recurriendo a otras disciplinas para que la nutran y le den forma (Magaña & Loubat, 2010). De este modo la psicología, y en consecuencia la psicoterapia, se insertan como parte de la medicina, compartiendo sus principios y lógicas. Por tanto quienes no son médicos, quedan en una cierta posición de inferioridad, donde pareciera que su profesión tuviese otra categoría, con menor posibilidad de ser escuchada.

Sin embargo, si se considera la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (2004), entendida como “el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera y hacer una contribución significativa a sus comunidades”, ésta parece ser lo suficientemente amplia e inespecífica para dar espacio a diversas posibilidades de acción y enfrentamiento. Entonces, resulta inquietante que ante aquel panorama que parece dar cabida a varias disciplinas, entre ellas la psicología, ésta se mantenga aún transitando a la sombra de decisiones de otros profesionales, médicos en su mayoría psiquiatras, y su voz no se ha hecho escuchar a la hora de participar de las decisiones y planes que rigen el funcionamiento de nuestro país (Magaña & Loubat, 2010). Frente a este panorama, cabe la pregunta por ese silencio: ¿será que acaso las respuestas posibles de la psicología no tienen cabida en el escenario político-social y económico de nuestro país?, ¿Qué alternativas surgen?, ¿Qué implicancias conlleva la postura adoptada?

Al detenerse en dicho panorama, aparecen numerosas observaciones relevantes para reflexionar en torno a estas interrogantes. En primer lugar, cabe mencionar que las regulaciones y estatutos que rigen el funcionamiento de la salud mental en nuestro país están plasmados en la formulación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Éste, fue implementado el año 2000, sufriendo ajustes entre los años 2005 y 2006. Y, tal como fue mencionado con anterioridad, fue soporte de reformas tales como el Plan Auge. Dentro de sus declaraciones, el mencionado Plan, está orientado a acciones de prevención e intervención temprana, a trabajar desde y para las comunidades (MINSAL, 2010). No obstante, al concretizar dichas conceptualizaciones, éstas no se materializan, traduciéndose en otro tipo de prácticas orientadas a diagnósticos y tratamientos individuales, donde lo comunitario no se establece como prioridad a la hora de intervenir. Lo paradójico es que a pesar de lo que se declara, y la propuesta biopsicosocial de salud mental otorgada por la OMS (2004), prevalecen aún acciones orientadas a un modo de trabajo individualista y privado, enfocándose en rehabilitar (Magaña & Loubat, 2010).

Lo anterior, parece responder al escenario contemporáneo propuesto en el capítulo anterior, donde la lógica de mercado empuja a que sea el individuo quién se hace

cargo de sí, siendo éste el objeto a intervenir y no la comunidad en su conjunto. En consecuencia, más allá de lo manifestado en el Plan, el debilitamiento social imperante parece dificultar que la propuesta pueda operar. Además, esta intervención social resulta tan amplia, que se torna compleja su implementación en concreto: cómo y a quiénes abordar, parecen ser interrogantes aún no resueltas (Magaña & Loubat, 2010).

En segundo lugar, a la situación antes expuesta, debe sumarse la escasez de recursos, en donde el sector público de nuestro país carga con sostener gran parte de la población, con insumos mínimos. De hecho, en Chile, el gasto destinado a salud mental oscila entre un 3% y 4%, cuando la OMS ha consignado que debiese otorgarse alrededor de un 6% a 10%. Por lo tanto, dicho déficit incide también en las posibilidades de acción y evidencia que el derecho a salud en nuestro país está supeditado a las posibilidades de pago de las personas (Jiménez & Radiszcz, 2012).

Así también, cabe señalar que en Chile una de cada tres personas sufre de algún problema de salud mental en algún momento de su vida, siendo Santiago una de las capitales con mayor número de trastornos ansiosos y depresivos. Además, estimaciones dan cuenta que los desordenes psicológicos representarían alrededor del 23% del costo total de enfermedades en Chile. A la luz de estos indicadores, pareciera que una mayor inversión en salud mental sería recomendable, no obstante esto no ocurre. Así, únicamente quiénes cuentan con los recursos necesarios costean largos tratamientos y medicamentos, mientras aquellos que no tienen dicho presupuesto deben conformarse con abordajes breves, de poca continuidad, cada quince días e incluso una vez por mes, no pudiendo acceder a los medicamentos adecuados por su elevado costo (Jiménez & Radiszcz, 2012).

Por último, en cuanto al proceso de formación profesional otorgado por las diferentes universidades que imparten la carrera de Psicología, éste resulta deficiente en considerar en sus mallas curriculares cuestiones relativas a problematizar el estatuto actual de la salud mental y lo público en Chile. Únicamente el 25% de las Escuelas declaran hacerlo (Magaña & Loubat, 2010). En consecuencia, es posible aventurar que la formación en psicología clínica en Chile está orientada fundamentalmente al ejercicio de la práctica

privada, existiendo poco lugar para instalar la reflexión respecto de lo que ocurre fuera de ese espacio ¿Será acaso este uno de los motivos de la falta de respuesta de la disciplina psicológica?

Ante este escenario, ¿qué alternativas surgen entonces?, ¿Qué posibles respuestas le caben al quehacer de la psicología clínica? Sin lugar a dudas, sería ingenuo pensar que toda la responsabilidad recaerá sobre la disciplina, ya que esta situación responde a diversas variables: económicas, sociales y culturales. Pero lo que se intenta aquí es, precisamente, reflexionar críticamente respecto de los alcances y limitaciones que sí han sido posibles de articular desde el quehacer clínico actual y deliberar respecto de cuáles son las condiciones de posibilidad para la emergencia de otras respuestas.

Para tales propósitos, es preciso ahondar en ciertas consideraciones respecto de la práctica clínica misma y, por ende, en las concepciones que sostienen tal labor. Con el correr del tiempo el modo de concebir al hombre ha variado ostensiblemente. Según lo propuesto por Castro (2008) el estatus ambiguo y singular del hombre contemporáneo, lo hace avanzar hacia la finitud del mismo. Ya no se sostiene como sujeto trascendental, sino como múltiples formas de subjetivación. Entonces, ¿qué formas adopta? Sin duda, la respuesta que emerja repercute directamente en el quehacer de la psicología clínica en tanto su objeto de estudio se diluye, se le escapa de las manos, surgiendo así el desafío de plantear modos de trabajo acorde a tales comprensiones.

En esta misma línea, Rose postula que la psicología no puede ser entendida únicamente como una mera disciplina teórica. Por el contrario, propone considerarla como un “conjunto de modos de pensar y actuar, prácticas técnicas, formas de calcular, rutinas de procedimientos y personal calificado” (Rose 1991, p.1). Este autor incorpora así, importantes variables sociales, contextuales, ideológicas y humanas que suelen no ser consideradas cuando se desarrolla la práctica. Y al no tomarlas en cuenta, se favorece un quehacer acrítico, estando al servicio de tecnificar y homogenizar a quienes consultan, ajustándolos a una comprensión teórica particular y obviando la reflexión en torno a lo que se hace.

Asimismo, Medina, Cèleries & Nolla (2007) plantean que la actividad del profesional tiene lugar en situaciones sociales de gran complejidad y ambigüedad que no pueden resolverse por la mera aplicación de conocimientos científicos -mandatos de Programas de Salud, por ejemplo- ya que el mundo de la asistencia a la salud es demasiado fluido y reflexivo para permitir tal sistematización, “y los problemas no aparecen bien delimitados ni siquiera claramente definidos” (p. 212). En consecuencia, la psicología no puede considerarse como un dominio coherente y delimitado. Ésta no se encuentra unificada en términos de su objeto, concepto o su armonía teórica. La unidad que defiende desde fines del siglo XIX es más bien pedagógica e institucional, que paradigmática (Rose, 1991). Por lo tanto, se requiere ampliar la mirada, distanciarse de un quehacer meramente disciplinar y técnico, y considerar también que precisamente éste se encuentra inmerso y está supeditado a contextos, ideologías, discursos y prácticas que la trascienden.

En este sentido, propuestas como las de Michel Foucault y Marcelo Pakman, iluminan y aportan a la comprensión de este escenario. En primer lugar, siguiendo a Foucault (1970/2008), toda sociedad está articulada mediante una serie de discursos que determinan, y a la vez excluyen, lo que puede ser dicho. Aquello que es considerado verdadero o falso, o incluso quién puede pronunciarlo. Así, en su acontecer el poder se trasmite y transita, en cada momento de la historia de una cultura (Foucault, 1999). Y entonces, habrá que indagar aquello que en determinado momento adquiere dicho carácter de verdad. Por ejemplo, el propio discurso científico, bajo el cual se sostienen y fundamentan numerosas disciplinas, establece determinados enunciados que fundan aquel conjunto de proposiciones, susceptibles de ser admitidas como verdaderas, aceptadas y distribuidas dentro de una sociedad; sin cuestionar sus implicancias. En definitiva, se trata de un problema político respecto de los efectos de poder que circulan en dichos enunciados científicos, los que, en tanto considerados como verdad, quedan inexorablemente ligados a dichos sistemas de poder que los producen y sostienen, siendo la verdad en sí misma poder (Foucault, 2008).

Por lo tanto, siguiendo a Foucault (1999) es posible plantear que “el poder no opera en un solo lugar, sino en lugares múltiples: la familia, la vida sexual, la forma en que se trata a los locos, la exclusión de los homosexuales, las relaciones entre hombres y mujeres...relaciones todas ellas políticas” (p. 68). Lo anterior establece una dimensión distinta del poder no exclusivamente delimitado a un gobierno o estructura política dominante, sino entendido en una dimensión productiva, como juego de innumerables *relaciones* móviles, inestables y reversibles (Foucault, 1976/2009). Relaciones de poder entonces, que cruzan y atraviesan los discursos, vehiculizando “verdades” cuyo efecto es “la especificación de una cierta individualidad”, en palabras de White (1993, p. 36). La cual está sujeta a técnicas y prácticas que la sostienen, así como también, a un determinado *saber*. Entendido este último no como aquel conjunto de conocimientos, sino más bien como “la articulación de lo que una época puede decir (sus enunciados) y ver (sus evidencias)” (Pol Droit, 2006, p.34). Por lo que su estrecha vinculación con el poder resulta inexorable, pudiendo así considerar relaciones de poder-saber. De este modo, surge la reflexión respecto de los supuestos que nos movilizan y sujetan a pensar y actuar de determinada manera, así como también a la posibilidad de cuestionarlos de manera crítica.

Por ejemplo, Foucault (1975/2008) a este respecto, consideraba la prisión y los hospitales como sistemas disciplinarios que al aislar a un individuo y someterlo a determinados reglamentos e inspecciones, poniendo bajo control el cuerpo, instalan una racionalidad económica bajo la cual el cuerpo pasa a ser blanco y objeto de poder. Así, la operatividad de determinados dispositivos, tal como lo concibe este autor, establecen ciertos mecanismos de subjetivización particular, que se vinculan a prácticas, discursos y saberes.

Lo propuesto hasta ahora, introduce un marco comprensivo en donde la disciplina psicológica, la psicoterapia en particular, puede ser concebida como un tipo de dispositivo que hoy se encontraría tensionado entre su origen moderno, la licuefacción de los malestares psicológicos y las demandas del mercado. Puesto que tal como fue expuesto, la reciente “disolución” del hombre, la racionalidad económica y su vinculación al saber

científico-médico, configuran un escenario donde cabe la pregunta por los modos de subjetivación que se están sosteniendo allí. Y es justamente en este punto, donde los aspectos *micropolíticos* de la psicoterapia adquieren un lugar central.

Marcelo Pakman (2010), inspirado en los planteamientos de Foucault, propone que los aspectos micropolíticos se relacionan con todas aquellas posibilidades de creación y mantenimiento de mecanismos de sujeción. Por ejemplo, mediante la invisibilización de ciertas relaciones de poder, así como también prácticas y técnicas que tienden a transformar al sujeto en objeto de manipulación y estudio. Llevando así a los psicoterapeutas, en su quehacer, a seguir libretos preestablecidos acorde al mercado de la salud y su consecuente mantenimiento. De esta manera, su invisible operar, favorece su eficacia. No obstante, en la medida que estos mismos aspectos micropolíticos se visibilicen, aparece también la posibilidad de transformación, a través de un ejercicio reflexivo que permita desafiar las determinaciones sociales y modos de formación de identidad (Morales, 2010).

En este sentido, la noción de dispositivo psicoterapéutico que se busca abordar, permite conjugar y hacer visible todos los elementos antes descritos, en tanto en él convergen lo intra y extra discursivo, tanto lo dicho como lo no dicho (Castro, 2008). En definitiva, se hace posible cuestionar la práctica que se realiza, considerando que allí pueden establecerse tanto mecanismos disciplinarios y de reproducción de ideologías dominantes, como también, condiciones para que la psicoterapia se constituya en un espacio generativo y crítico de aquello que ha venido desarrollando (Morales, 2010). Siguiendo esta propuesta, el siguiente apartado versará precisamente sobre una concepción de lo psicoterapéutico que vaya en esta última línea planteada.

a) La Psicoterapia: Un Trabajo Singular

En vista de las consideraciones planteadas hasta aquí, es posible articular una concepción de la psicoterapia concebida como un encuentro microsocial en donde los aspectos micropolíticos de la misma no operen únicamente como reproductores de

ciertos mandatos y discursos dominantes de nuestra cultura. Si no que por el contrario, como condición de posibilidad que promueva el ejercicio de tomar cierta distancia crítica respecto de los discursos sociales en los que, tanto consultantes como terapeutas, se encuentran inmersos (Morales, 2010).

Como todas las disciplinas de origen “psico”, la psicoterapia ha estado orientada a una cierta tecnificación derivada de su origen moderno, cuyo objetivo responde al mantenimiento y control de los cuerpos, asistiendo al consultante a partir del saber “experto” del terapeuta (Morales, 2010). En esta misma línea, Rose (1991) propone que el conocimiento psicológico ha posibilitado que los seres humanos sean sometidos a diversas intervenciones, calculadas, bajo supuestos del saber científico que avalan cierto entendimiento del ser humano, como objeto sobre el cual es posible operar.

Sin embargo, retomando la idea de las relaciones de poder inherentes a la psicoterapia, se abre la posibilidad de movilidad del mismo, y en tanto tal, establecer un escenario político cuya repartición del poder no solidifique situaciones jerárquicas en las que el terapeuta tiende a dominar (Morales, 2011). Así, se construye un espacio que permite prácticas de *resistencia*, en el sentido trabajado por Foucault (1996; 1999). Éstas últimas, suponen la apertura a diversos modos de ser sujeto, los que, aún estando determinado por ciertas condiciones, prácticas y espacios establecidos, se encuentran en constante proceso de transformación, como ocurre en todas las relaciones de poder. De este modo, la psicoterapia se presenta como “un espacio generativo de resistencia a los juegos de saber y poder que gobiernan la cultura moderna, razón por la cual, su foco debería establecerse en torno a que quien consulte se dirija a un gobierno de sí mismo” (Morales, 2011, p. 100).

Así, este ejercicio de resistencia promueve la aparición de un individuo que constantemente busca constituirse a sí mismo. Por ende, el espacio psicoterapéutico se dibuja como opción de autoconfiguración en el espacio de la relación con uno mismo y con el otro (Castro, 2008). Y es en tanto posibilidad de autoconfiguración, que la propuesta foucaultiana del “*cuidado de sí*” (Foucault, 1999; 1984/2009; 2009) asoma como un elemento fundamental a considerar. Éste refiere al proceso mediante el cual el hombre está en constante observación e inquietud respecto de sí mismo, estableciendo

cierta práctica de libertad, una postura ética, mediante la cual el hombre puede conocerse y cuidarse, tanto a sí mismo como a los demás (Foucault, 1999). En un constante proceso de cambio y reinención, en donde las sedimentaciones y relatos dominantes son puestos en cuestión, abriendo paso a la novedad de quien se es.

En esta misma línea, Marcelo Pakman (2010) propone que la condición humana misma va más allá de las subjetividades que lo mueven, los discursos y prácticas que lo sostienen, pudiendo también hacer emerger una diferencia. Así, siguiendo a Badiou (citado en Pakman, 2010) “estar en el mundo es estar marcado por discursos, marcado aún en nuestra carne, cuerpo, sexo, y así sucesivamente [...] cualquiera sea la forma que esa imposición discursiva pueda tomar, hay un punto que escapa a esa imposición [...] un punto de fuga [...] que se escapa a la regla del dispositivo” (p.342-343). Por ende, es posible pensar la psicoterapia como un espacio donde se promueve la aparición de aquella fuga, abriendo paso a la *singularidad* de cada quien.

Para Pakman (2010) una psicoterapia que abre paso a la singularidad, habilitando una suerte de vía de escape a los guiones y personajes que la micropolítica establece, es una psicoterapia que promueve lo *poético*. Esto último definido como aquella experiencia singular, única e irrepetible, en la que su presentación sensual sorprende a quien lo experimenta, más allá de las sujeciones por las que es sostenido (Pakman, 2010). Lo poético en la psicoterapia se constituye como alternativa de fuga, para la emergencia de esa singularidad que nos sorprende, que nos sitúa en otro lugar, que nos permite sortear esa sujeción dominante.

III. Hacia una Propuesta de Investigación: Consideraciones Epistemológicas y Metodológicas

Actualmente, la imposibilidad de concebir la realidad que vivimos de modo unitario y homogéneo (Shotter, 2001) plantea el desafío, y con él la oportunidad, de escribir nuestro mundo, la cultura a la que pertenecemos. Ésta propone una trama diversa y plural en donde la diferencia, la discontinuidad y el diálogo, aparecen como dimensiones operativas pertinentes para la construcción de la misma (Fried Schnitman, 2007). Por lo tanto, en palabras de Denzin (2001) “lo que escribimos no es una inocente práctica” (p. 2). Se debe tener presente que el mundo que conocemos es aquel que somos capaces de narrarnos.

Asumiendo lo anterior, la pregunta que orientó la presente investigación es ¿Cuáles son las características del dispositivo psicoterapéutico que surgen en un contexto de facilitación de acceso a psicoterapia, como el de Mentésana? Considerando, en particular, los siguientes elementos del dispositivo: los discursos que son vehiculizados a través de éste, las condiciones de posibilidad que en él se generan, y por último, las prácticas que se desprenden del mismo. De este modo, los objetivos de la investigación fueron los siguientes:

Objetivo General: Comprender las características del dispositivo psicoterapéutico que surge en un contexto de facilitación de acceso a psicoterapia, como el de Mentésana.

Objetivos Específicos:

1. Comprender las prácticas discursivas de consultantes sobre su participación en una psicoterapia de Mentésana.
2. Comprender las prácticas discursivas de terapeutas sobre su participación en una psicoterapia de Mentésana.
3. Comprender las prácticas que se despliegan a través de dispositivo psicoterapéutico de Mentésana.
4. Discutir acerca de las posibilidades de resistencia o sujeción del dispositivo psicoterapéutico de Mentésana.

La problematización de los supuestos cartesianos acerca de la naturaleza de la mente y la subjetividad, que se ha instalado en la psicología tras el giro lingüístico (Iñiguez, 2003), ha implicado cierto desdibujamiento de sus tradicionales fronteras (Besoain, 2012), llegando a proponerse la naturaleza social de la mente (Valsiner & Van der Veer, 2000). Desde esta perspectiva, los sujetos son creados a través de sus prácticas y significados culturales. Así, el ser individual existe sólo en la medida que forma parte de un discurso social. Por lo tanto, epistemológicamente, se desprende una comprensión de la realidad como construida lingüísticamente (Cornejo, 2006).

En consecuencia, la palabra, comprendida como evento dialógico en el que ocurre el significado, adquiere un lugar central para indagar aquello que es de interés para las ciencias sociales y la psicología (Cornejo, Besoain & Mendoza, 2011). Ésta será considerada, siguiendo a Bajtín (1979/2003), como elemento vivo y siempre en curso, habitado por una polifonía de voces ajenas. Y el diálogo será el lugar privilegiado para la generación del conocimiento (Cornejo et al., 2011). Así, el hombre está en constante interpretación y reinterpretación de su experiencia, en la medida en que las historias que crea y se crea, son una manera de “hacer el mundo” (Bruner, 2004).

Siguiendo estas propuestas, la presente investigación ha sido enmarcada dentro de las comprensiones construccionistas (Shotter, 2001; Cornejo, 2006) y dialógicas (Bajtín, 1979/2003; Benveniste, 1966/2010, & Bubnova, 2006) del sujeto, el lenguaje y la construcción de conocimiento. Al respecto, considerando la teoría del lenguaje de Mijaíl Bajtín, se concibió la palabra no como noción abstracta y estática, sino como elemento vivo, móvil y cambiante que constituye la comunicación dialógica (Bajtín, 1979/2003). Por lo tanto, todos quienes pertenecen a una comunidad hablante, reciben las palabras por medio de la voz del otro. Así, en palabras del propio Bajtín “la palabra llega al contexto del hablante a partir de otro contexto, colmada de sentidos ajenos; su propio pensamiento la encuentra ya poblada” (1979/2003 p. 295). Estableciendo así, una indisociable relación con el otro, lo ajeno, al cual el enunciado siempre es respuesta. De este modo, es el lenguaje quien determina y da forma al sujeto que aparece, el que a su vez, está inmerso en un determinado contexto histórico, social y material (Bajtín, 1979/2003).

En esta misma línea, el lingüista francés Emile Benveniste (1966/2010) plantea que la subjetividad nace en el acontecer del lenguaje, en el momento mismo de la enunciación. Siendo el sujeto entonces una posición dada por la enunciación del yo que se define en función a otro, un “tú”, del que resulta inseparable. En palabras del mismo autor, “es ego quien dice ego” (p. 181). De este modo, se establece una dialéctica que constituye la subjetividad en el lenguaje. Y tomando como referencia siempre ese “yo”, es el hablante quien organiza el discurso, a través de marcas de la enunciación. Por ejemplo, mediante el uso los deícticos (personales, espaciales o temporales) que lo sitúan en un determinado contexto para decir, y que adquieren su significado en la instancia del discurso en la que aparecen. Así, el sujeto brota en el lenguaje, en las posibilidades que éste mismo le ofrece. En definitiva, para estos autores el acaecer del sujeto tiene lugar en el lenguaje, y en tanto tal, el diálogo adquiere un carácter central en la constitución de quienes somos.

Además, se debe considerar que toda palabra enunciada tiene lugar en un contexto y momento específico, en una época dada, lo cual determina así el significado que esta pueda adquirir, según las condiciones en las que fue pronunciada y escuchada. Posibilitando de tal modo, una multiplicidad de significaciones posibles, condición que Bajtín llamó *heteroglosia* (Besoain, 2012). Para este autor, cada palabra está habitada por una pluralidad de voces, relativas a sus usos previos y anticipados, constituyendo una verdadera polifonía. Estas voces y su aparición en lo dicho, están para este autor organizadas por dos fuerzas sociales e históricas a las que llamó fuerzas *centrípetas* y *centrífugas*. La primera de ellas alude a aquella que tiende a la unión y centralidad del diálogo, a su coherencia y estabilidad. Mientras que la segunda, a fuerzas que van en sentido opuesto, es decir, a la ruptura, la fuga del diálogo, a su descentramiento (Bajtín, 1981/2004).

Así, la constitución de la subjetividad estaría signada bajo la consideración de la naturaleza dialógica de la vida humana, donde se articulan y convergen variadas fuerzas, en constante tensión, allí donde el hombre en su totalidad participa. Siguiendo la propuesta de Bubnova (2006), en cada enunciado se establece una alternancia, un juego,

entre voces y silencios, en el que no sólo el sonido de la voz de quién habla es relevante. También aparece el silencio significativo, en donde aquello que se calla, lo no dicho, es asimismo un acto pleno de sentido. La interrupción del habla se incluye así, como parte del discurso mismo. Los gestos, los silencios, el cuerpo completo y sus expresiones participan en cada acto de enunciación.

En sintonía con el marco comprensivo antes expuesto, se implementó un *diseño* de carácter analítico-relacional (Krause, 1995), que se sitúa desde una lógica exploratoria y comprensiva, siendo sostenido por una metodología de carácter cualitativo. Esta última, considerando la activa e indisociable participación del investigador en la producción de conocimiento (Besoain, Cornejo & Mendoza, 2011). Siguiendo la metáfora de un baile, involucrándose en una danza conjunta en que ambos, investigador y participante, originan el mismo. Y cuyo resultado no puede, por lo tanto, adjudicarse únicamente a una de sus partes.

Se buscó precisamente obtener resultados densos y complejos, que permitieran profundizar a nivel conceptual y abrir nuevas perspectivas teóricas para la comprensión del dispositivo psicoterapéutico que surge a partir de alternativas como la propuesta por Montesana. Esto, a fin de aportar en dos áreas. En primer lugar, a nivel de la disciplina psicológica, mediante el cuestionamiento y reflexión en torno a la práctica profesional que se ejerce ¿Qué es aquello que hacemos y cómo lo hacemos? En definitiva, se espera aportar en la generación de conocimiento que permita profundizar respecto del quehacer profesional, considerando que el dispositivo psicoterapéutico que se genera, conlleva un determinado modo de pensar tanto a los consultantes como a quienes los tratan; involucrando ciertas consecuencias y supuestos a la base. Por lo tanto, se pretende contribuir así a hacer visible ciertos discursos que sostienen dicho quehacer profesional y las implicancias de los mismos. Para potencialmente aportar por ejemplo, en el campo formativo de futuros profesionales en el área.

En segundo lugar, en un marco más amplio, a nivel social, tal como fue expresado con anterioridad, en el estado actual de la salud mental de nuestro país, resulta pertinente ahondar en aquellas alternativas que pretenden dar respuesta al creciente

malestar que circula. Considerar qué solución acaba por constituirse, o si acaso la misma se torna parte del problema que busca resolver.

Con respecto a los *participantes*, se realizó un muestreo intencional (Patton, 2002); seleccionando a tres terapeutas y tres consultantes, pertenecientes a la base de datos de la Intranet de Mentasana. Para acceder a esta información, se solicitó autorización al Director Ejecutivo de la Fundación y se contó con el apoyo directo de una de las funcionarias.

Dentro de los criterios de inclusión/exclusión se tuvieron las siguientes consideraciones. En cuanto a los consultantes, se seleccionaron únicamente a consultantes que perteneciesen a la categoría “alta”, bajo la cual se agrupa a todos aquellos consultantes cuyo tratamiento fue concluido, ya sea por deserción, interrupción o fin del proceso por mutuo acuerdo entre terapeuta y consultante. Además, los participantes debían tener al menos 8 sesiones realizadas. Todo esto, con el objetivo de asegurar, en primer lugar, que el proceso psicoterapéutico no estuviese en curso, a fin de evitar interferencias en el mismo. Y en segundo lugar, con dicho número mínimo de sesiones se buscó prever que efectivamente se pudiese dar cuenta de un proceso que tuvo lugar, que se mantuvo en el tiempo. Lo que además coincide con el promedio de duración de procesos psicoterapéuticos en nuestro país (Krause, 2005). Por último, se buscó encontrar la mayor diversidad posible en cuanto a sexo y edad de los consultantes. No obstante, no se logró contar con la participación de hombres ya que a pesar de haber contactado a varios de ellos, ninguno contaba con el tiempo necesario para participar de la entrevista, aduciendo principalmente motivos laborales. Las edades de los consultantes que se incluyeron en esta investigación, correspondieron a 28, 35 y 42 años.

Del mismo modo, sobre los criterios de inclusión/exclusión de los terapeutas que participaron, se intentó abordar la misma diversidad de rango etario y sexo para asegurar diferentes niveles de experiencia profesional entre los mismos (más allá de los establecidos por Mentasana para ser admitido como miembro). Ahora bien, considerando que la edad no asegura por sí sola este último criterio, se accedió también a sus fichas de

ingreso a Montesana, para poder contar con información respecto de su recorrido profesional. Así, dentro de los terapeutas que participaron, se contó con 1 hombre de 40 años de edad, y 2 mujeres de 28 y 31 años respectivamente. Los cuales, además de atender en consulta privada, trabajaban en otros lugares.

En lo referente al *procedimiento*, cabe mencionar que en una primera instancia se conversó directamente con el Director Ejecutivo de Montesana, para dar cuenta de la investigación que se pretendía realizar, solicitando además la autorización y acceso a la información necesaria para la elaboración de la misma. Posteriormente, se contactó a una de las coordinadoras de la red, quien facilitó el acceso a los datos pertinentes para la muestra de participantes. La coordinadora también envió un correo electrónico, aludiendo a la investigación que se pretendía realizar, a todos los afiliados a Montesana para que estuviesen al tanto de algún contacto que pudiese surgir a este respecto. Luego, cada uno de los participantes seleccionados fue contactado vía telefónica por parte de la investigadora, siendo invitado a participar de modo informado y voluntario, en una entrevista única de aproximadamente hora y media de duración, en el lugar y hora que cada uno de los participantes estimó conveniente. Cabe destacar que todos los terapeutas seleccionaron como lugar de encuentro sus respectivos lugares de trabajo, principalmente la propia consulta. Mientras que en el caso de los consultantes, las locaciones fueron diversas (casa, lugar público, oficina).

Las *Estrategias de Producción de Datos* utilizadas, estuvieron basadas en una entrevista inspirada en la entrevista narrativa (Andrews, Squire & Tamboukou, 2008) y la entrevista reflexiva (Denzin, 2001). Ésta tuvo una duración aproximada de entre 60 a 90 minutos. En ella los participantes fueron reconstruyendo su experiencia acerca de haber participado, ya sea como terapeuta o consultante, en un proceso psicoterapéutico asociado a la Fundación Montesana. Se propuso iniciar la entrevista con una consigna lo más abierta y amplia posible, tal como: *Me gustaría que me pudiese contar acerca de la historia de su participación en la psicoterapia a través de Montesana*. Con ello se quiso favorecer una aproximación paulatina al objeto de estudio, que resultara poco invasiva y

que facilitara la construcción del propio relato. Luego en un segundo momento de la entrevista, se realizaron preguntas conducidas por un guion temático que buscaba explorar respecto de: (1) el recorrido del relato (su inicio, desarrollo y fin), (2) discursos dominantes sobre la experiencia psicoterapéutica (Foucault, 1999; White, 1993) y momentos de singularidad poética (Pakman, 2010) durante el proceso psicoterapéutico (ver guión en anexo 1). Las entrevistas fueron organizadas en base a tres series, cada una de las cuales estuvo compuesta por la entrevista de un consultante y un terapeuta respectivamente.

Además, siguiendo las propuestas de Cornejo, Besoain & Mendoza (2011) se desarrollaron distintos *Dispositivos de Escucha*, para así nutrir y densificar el posterior análisis realizado, incluyendo y prestando atención a la propia voz de quien investiga. Así, mediante la utilización de un *Cuaderno Reflexivo de la Investigadora*, se hizo posible el registro de las *condiciones de producción* de la entrevista- referidas al lugar, contacto inicial y cierre del encuentro- así como también, sobre el *contexto de interlocución* de las entrevistas- elementos respecto de la forma y contenido del relato, sobre la experiencia del participante y la investigadora durante el encuentro, además de los elementos no verbales implicados ahí-(ver anexo 2). En esta misma línea, y también para aportar a la reflexividad grupal, se realizaron *Reuniones de Interanálisis*, conformado por un grupo de colaboradoras perteneciente al ámbito de la disciplina psicológica y la investigación, luego de terminar cada una de las series efectuadas. Lo anterior, a fin de ir modificando y transformando el curso de las entrevistas futuras, según se considerase pertinente. Por último, al finalizar las tres series, se llevó a cabo una reunión global que abarcó una discusión de la totalidad de los datos obtenidos a partir de las entrevistas, entregando importantes pistas para el futuro análisis de los datos producidos.

Respecto al *Análisis de los Datos* realizado, éste estuvo inspirado en propuestas del análisis del discurso (Iñiguez, 2003) y los aportes de perspectivas dialógicas (Bubnova 2006, Besoain 2012 & Arfuch, 2002), así como también en ciertos postulados de Emile Benveniste (1966/2010) y Michel Foucault (1970/2008; 1999). Tomando como

herramientas analíticas tanto el contenido de lo que se dice -lo dicho-, como lo no dicho, o en términos de lo planteado por Arfuch (2002), *la materialidad del decir*. Así, los insumos generados a partir de los dispositivos de escucha implementados, los elementos del contenido y de la materialidad del decir de las entrevistas, se organizaron en torno a los ejes temáticos propuestos en el guión que las condujo.

Particularmente, se abordaron los silencios significativos (Bubnova, 2006), en tanto ausencias en las que “alguien no habla” (p. 105), surgiendo voces que habitan ese silencio, colmándolo de sentido. También se analizaron los elementos el “campo freudiano”, considerándolos como *hitos centrífugos* del discurso, según la propuesta trabajada por Besoain (2012). Dentro de dicho campo se incluyeron: actos fallidos, risas, metáforas, disonancias entre contenido y tono de la enunciación, negaciones, y muchos otros momentos en donde, la falla entre significado y significante, favorece la apertura hacia nuevas significaciones, donde la centralidad del discurso se rompe y se abre lugar para que aparezcan nuevas voces allí donde antes solo había una (Besoain, 2012). Por último, considerando lo planteado por Emile Benveniste (1966/2010) se analizaron los deícticos referidos a tiempo (antes/ahora) utilizados en el relato, a fin de establecer cómo esa variabilidad temporal, sumerge y condiciona la enunciación en cierto lugar.

Finalmente, dado el carácter empírico de la investigación, se presentan los resguardos y medidas adoptadas para cuidar los aspectos éticos a lo largo de las distintas fases de la misma. En primer lugar, para resguardar la libre participación en la investigación, se procuró ser lo más abierto y transparente posible en la entrega de información y las condiciones implicadas en la participación explicitando, además, la voluntariedad de la misma. Así también, se explicó que este estudio fue realizado de manera independiente a la Fundación Mentésana, no existiendo ninguna vinculación directa de esta investigación con la Fundación, a fin de evitar algún perjuicio para los participantes involucrados.

Por otro lado, para asegurar la confidencialidad y el anonimato tanto de los participantes como de terceros o instituciones anexas involucradas, se trabajó con

seudónimos y eliminando cualquier información que pudiese hacer reconocible a los distintos involucrados. De este modo, todos los resguardos éticos planteados fueron claramente estipulados en un consentimiento informado, que fue leído y firmado por los participantes, antes de iniciar la recolección de datos (ver anexo 3).

En los siguientes capítulos, se presentarán los resultados obtenidos a partir de esta investigación, en base a tensiones y posibilidades desprendidas de aquellos elementos del dispositivo que se buscó abordar, referidas a los discursos de lo psicoterapéutico de consultantes y terapeutas de Montesana, a las condiciones de posibilidad y prácticas que de él se desprenden.

IV. De la Institucionalidad Invisiblemente Presente: Tensiones entre lo Visible e Invisible de Montesana

“Todas las cosas contienen en sí mismas más de lo que revelan”

Fernando Pessoa.

Cuando se piensa en un proceso psicoterapéutico, en los implicados, quien consulta y quien atiende asoman como los principales involucrados. No obstante, muchas veces se pasa por alto el contexto particular en que dicho encuentro tiene lugar. Ya sea la consulta privada, un consultorio, u otra institución; donde ocurra la atención no es trivial. En el primer caso, el contacto, la relación que se da, siempre es uno a uno. Mientras que en los otros, la voz institucional cobra una preponderancia, en tanto interlocutor, que media entre terapeuta y consultante que siempre está presente. En el caso de Montesana los modos en que dicha presencia se manifiesta, lo que dice o deja de decir, es un elemento central cuando se piensa en el dispositivo psicoterapéutico puesto que dicho encuentro está delimitado por las posibilidades que ésta ofrece. Y entonces, hay que considerar dichas oportunidades brindadas.

En ese sentido, la articulación que se establece entre terapeutas, consultantes y la institución, se torna un elemento de particular relevancia en el dispositivo generado. Montesana, en tanto punto de convergencia entre consultante y terapeuta ocupa un lugar central dentro del proceso mismo; constituyéndose condición de posibilidad insalvable de dicho encuentro, que de otro modo no ocurriría. Por ende, todo el dispositivo se sostiene precisamente en que aquello tenga lugar. Sin embargo, una vez que este encuentro se concreta, se desdibuja la presencia institucional y esa fuerza inicial se diluye y opaca. Se desarrolla así un fenómeno que oscila entre la presencia y la ausencia. Una presencia ligada al discurso respecto de “otorgar acceso a psicoterapia”, como oportunidad de ayuda y materialización del encuentro mismo. Y, a la vez, una ausencia que se colude con el desconocimiento del funcionamiento institucional, llegando en ocasiones a ocultarse la existencia misma para los usuarios.

Ahora bien, esta oscilación se distribuye de modo desigual entre terapeutas y consultantes, puesto que para los primeros la institución adquiere una *visibilidad* dada por aquello que Mentosana ofrece. Otorgando la oportunidad de acceder a psicoterapia a quienes no pueden costearla por motivos económicos, como también por razones que aluden a la formación profesional, dando la posibilidad de atender consultantes y adquirir experiencia. Por otra parte, para los consultantes, Mentosana no adquiere lugar. El olvido y el desconocimiento, se vuelven los signos mediante los cuales los consultantes evidencian su *invisibilidad*. Lo anterior, queda manifestado en las viñetas que se presentan a continuación:

“Es que, o sea, la primera noticia que tengo de Mentosana es cuando tú me llamaste [silencio, pensando] yo no, yo no sabía que se llamaba así [...] No, no sabía que ella [refiriéndose a la psicóloga] pertenecía a un, a una...a esta cuestión...” [Consultante 1; Violeta: 56].

“Yo no tenía idea de lo de Mentosana...yo no tenía idea, porque mi jefa había hecho toda esta cosa [...] Yo ni siquiera sabía que mi jefa lo había hecho...” [Consultante 3; Laura: 88].

Esta ausencia marca una diferencia importante respecto del lugar que ocupa Mentosana para consultantes y terapeutas, la desigualdad con la que cada actor se vincula con la misma. Existe un “no saber”, una falta de reconocimiento por parte de los consultantes. Así, dicha invisibilidad acerca el dispositivo a las pautas y comportamientos característicos de la consulta privada, donde el contrato terapéutico es uno a uno y no media institución alguna. Siendo este el caso, ¿de qué habla dicha homologación? Esta suerte de acercamiento a la atención privada es parcial, ya que sólo para los consultantes la institución es invisible, para los terapeutas sí adquiere notoriedad. Se instala así una diferencia que inquieta respecto de la significación que Mentosana adquiere para sus usuarios, la cual parece quedar situada del lado de los terapeutas más que de los consultantes.

Además, esta invisibilidad de la institución para los consultantes propone un particular reparto del poder y del saber en la psicoterapia, donde son otros distintos a consultante, la jefa por ejemplo, quienes tramitan la pertinencia y modos del espacio. Lo que siguiendo a Rancière (1940/2009) establece un particular *reparto de lo sensible*, donde queda oculto el funcionamiento precisamente para aquellos que se supone son los beneficiados. Lo que hace pensar, ¿al servicio de quién está ese espacio?

Por otro lado, en lo que respecta a los terapeutas, la visibilidad de la institución puede ser considerada en relación a los motivos de ingreso a la misma, signados por una cierta sintonía respecto de otorgar oportunidad de acceso a terapia a quienes no pueden costearla. Pero, asimismo, se manifiesta una suerte de “presencia ausente”, puesto que como miembros de la institución, es posible solicitar requerimientos o exigencias que ésta debiese cumplir; pero en la práctica no está presente. Frente a lo anterior, se articula un relato en torno a la queja relativa a una institución que está, pero no opera. Esto queda claramente plasmado en lo que sigue:

“El relato de Gloria está atravesado por tono de reclamo, de principio a fin, se escucha allí una voz que se queja, que no está conforme con lo que recibe de la institución; se espera algo más de ésta y aunque no se configura muy bien en una petición concreta, aparece el llamado a la presencia” [Cuaderno Reflexivo Investigadora [CRI]1, Terapeuta 1, Gloria].

Así, esta ausencia es también un modo de visibilizar aquello que no aparece. Lo que deja a Mentasana en un lugar indeterminado, nebuloso. En donde algo se reclama, pero no queda claro qué es lo que se busca. Entonces aquello que los terapeutas piden de la institución, queda velado bajo otros requerimientos, tal como muestran las viñetas a continuación:

“...pero debieran tener la noción de quién está atendiendo... ¿cachai? De que no fuera alguien raro...de conocer a la persona. Como de que no fuera alguien... no

sé...esquizide, alguien no sé qué...Que tú lo mirai y deci, este gallo no... ¿cachai? Yo creo que debiera darse algún...alguna especie de filtro igual... ¿cachai? [Terapeuta 1; Gloria: 181].

“Es que eso es interesante...con eso de la nueva ley...de derechos y deberes. Que son más derechos...y más deberes para los médicos...Desde la exigencia de derechos desde los consultantes...y no viceversa. ¿Cómo se puede resguardar el tema ético de la mala praxis en una...institución, organización...o corporación [énfasis]...como Mentasana? [...]¿Cómo sabían que yo no era un perverso? [...] [...]” [Terapeuta 2; Carlos: 144].

“¿Mediar quienes están adentro? [...] Yo creo que es bueno. ...yo creo que es bueno que se regule un poco más quienes son los que atienden...Porque también se juega mucho ahí la institu... [se interrumpe sola] o sea, la, el dispositivo. O sea, si voy a aceptar a cualquier pela gato...haciendo psicoterapia, y se mandan puras embarazadas, una detrás de otra...Es súper difícil mantener, que se mantenga en el tiempo...” [Terapeuta 3; Javiera: 55].

De este modo, el conjunto de viñetas expuesto, se vuelve un coro de voces en cuyo canto se distingue una voz que clama, bajo el supuesto de la calidad de atención a los consultantes, por la *legitimidad* del trabajo de quienes están en Mentasana. La cual, si bien por una parte se relaciona con el servicio entregado, y desde ahí la calidad como una manera de dar cuenta de aquello, por otra parte, aparece también en Mentasana la oportunidad relativa a garantizar ciertas condiciones para su legitimación como terapeutas. Legitimidad relacionada con cierta idea de selectividad, de ser aceptado o rechazado, que da a Mentasana un sentido de entidad para la validación como terapeutas. Una institución donde no entra cualquiera, y cuya selectividad otorga reconocimiento al trabajo de terapeutas que están iniciando su actividad profesional. Así, la demanda por calidad de atención para los consultantes, es calidad en una doble dimensión: relativa al servicio prestado a los consultantes, pero sobre todo al servicio que la institución brinda a los terapeutas nóveles, convirtiéndolos en terapeutas “dignos de selección”.

Del mismo modo, esta legitimidad permite a los terapeutas nóveles “sentirse terapeutas”, en un escenario de precariedad laboral que no facilita el desempeño del rol, salvo bajo estas condiciones de voluntariado. La inserción laboral resulta difícil, los años de experiencia demoran en llegar y por ende, demandan de Mentosana condiciones que garanticen su legitimidad: que el haber sido elegido y pertenecer a esta institución consiga darles esa identidad profesional que andaban buscando.

No obstante, esta búsqueda antes expuesta, se ve tensionada por los medios para la selección. Puesto que éstos no asegurarían la selectividad, y si cualquier “perverso” o “pela gato” puede ingresar, entonces “mi legitimidad” queda en entredicho, es puesta en duda. Asimismo, llama la atención la terminología empleada en las viñetas, tal como “esquizoide” y “perverso”, marcas discursivas que hablan de los esfuerzos de los terapeutas, de sus deseos por ser incorporados al universo de los terapeutas legítimos, para conseguir cierta identidad profesional. Así, el discurso al operar como mecanismo de exclusión (Foucault, 1970/2008), permite al hablante ubicarse del lado de la legitimidad, no perteneciendo a aquellos que quedarían fuera. Finalmente, estas viñetas también aluden a la privatización de esa responsabilidad: no se trata en ningún momento de las condiciones sociales, políticas o materiales que organizan la salud mental en Chile; o las condiciones laborales de los psicólogos, sino de disposiciones individuales y patologizantes.

Por otro lado, los consultantes atribuyen exclusivamente al terapeuta la responsabilidad por el servicio que se le entrega. Y, en consecuencia, Mentosana desaparece de escena. No obstante, se hace visible en la materialización de un encuentro que de otro modo no tendría lugar. Al respecto, las palabras de Andrea, una de las consultantes, evidencia esa incertidumbre, lo borroso que se vuelve la institución en todo el dispositivo desplegado:

“Que era...que parece que la Pía formaba parte de eso [con tono de duda]. Es que yo no sabía...o quizás lo supe en algún momento [...]. A mí me parece, me hace sentido el hecho de que la Pía este en algo así...o haya estado...no sé. Por el hecho de que el, el

colegio llegó así como...Se están ofreciendo unos cupos [...]. Es que en el colegio...a ver [...]. Me desordené... [pensando] quizás supe en algún momento de esta institución...Pero ya después estando con la Pía...y quizás esa otra parte no me...no me...no me quedó. Lo tengo que haber sabido cuando hice el contacto, me hizo llenar...la psicóloga del colegio me hizo llenar una ficha...Pero fue con la psicóloga del colegio...con la Pía no fue tema...no me acuerdo la verdad si es que hubo conversación...No te podría decir...pero yo no recuerdo, y no me atrevería a negarlo tampoco” [Consultante 2: 220].

Esta confusión permite reflexionar sobre el modo en que Mentosana se presenta como institución, en esta constante tensión entre estar y no estar visible. Lo que en cierto sentido iría acorde con lo que López-Lago (2009) propone respecto de las instituciones en las sociedades contemporáneas, en las que se ha producido un proceso de *desanclaje* en las formas tradicionales de interacción. Así, instituciones que años atrás eran presenciales y con los individuos actuando en un mismo espacio institucionalizado, han pasado a ser reubicadas en indefinidos intervalos espacio-temporales. Por lo tanto, la virtualidad del funcionamiento de la Intranet de Mentosana, en donde sus actores prácticamente no se vinculan a la institución (ni con personas concretas), sumado al desconocimiento imperante, plantea que la interacción con la institución se encuentra en una condición precaria. En la cual la institución pierde fuerza y la individualidad, hegemónica, emerge como razón única y suficiente para el despliegue de su operar, que cobra su forma en la figura del terapeuta. En consecuencia, Mentosana se diluye así en el discurso de quienes de ella se benefician y participan, surgiendo una relación poco significativa con la misma. De hecho, esta falta de relación dificultó el contacto con los potenciales consultantes participantes:

“Me llama mucho la atención que al hacer los contactos telefónicos, los consultantes no saben quién los llama, qué es Mentosana [...]. De hecho, no es sino hasta que les recuerdo el nombre del terapeuta que los atendió, cuando recién comienzan a recordar” [CRI 1].

En esta misma línea, esta dualidad presencia/ausencia institucional ocurre no sólo entre consultantes y terapeutas, donde para los primeros ésta se torna invisible. Esta tensión se presenta también entre los terapeutas mismos. Puesto que mientras algunos reclaman, se quejan por esa ausencia, otros celebran su presencia. Lo cual se muestra a continuación:

“Llego, me inscribo y listo [...]. El ver a alguien, y que te digan cómo funciona, te explique...y tener por lo menos la noción de que...de que alguien llega no directamente, sino que es a través de una institución...naciones que yo no tenía, por ejemplo...Versus...teni un computador con una ficha. Y no conocí a nadie...o sea, yo sabía que existía Alberto [risas]. Y eso era todo lo que...que él respondía mails. ¿cachai?” [Terapeuta 1; Gloria: 156-157].

“Como, como que tú tienes un respaldo, tú sabes a quien podis llamar, con quien te puedes contactar si algo pasa con algún consultante...no se va a perder en el universo. Y uno también...uno tampoco no anda como, yo hago psicoterapia gratis por la calle, uno no anda así por la calle, es imposible [tono risueño]” [Terapeuta 3; Javiera: 33].

Por ende, se manifiesta esa tensión permanente entre visibilidad/invisibilidad. Y lo que está en juego precisamente, refiere a la relación, el compromiso- ya sea como falta o presencia-que se espera de la institución. Éste no queda claramente delimitado, instalando así uno de los elementos relevantes del dispositivo de Montesana: la relación que se establece con ella. La cual sólo alcanza visibilidad del lado de los terapeutas, en tanto se reclama o tensiona la búsqueda de la misma; mientras que en el caso de los consultantes esto no ocurre. Se evidencia una ausencia, pero tampoco se reclama presencia, como si la posibilidad de pedir no estuviese presente. Aquí no hay queja, los consultantes parecen no sentirse parte de una institución a la cual es posible acudir. Lo cual los ubica en una posición de subordinación de los designios de una institución que no conocen, ciegos a los avatares que ofrece.

Retomando las viñetas antes expuestas, aparecen además las *risas* como aquel elemento del campo freudiano que sitúa una interesante apertura, un quiebre en el discurso, que permite considerar aquello que sorprende de ser dicho, en este caso, la falta de relación institucional y la oferta de acceso que otorga la misma. En el primer caso, la invisibilidad institucional aparece como algo del orden de lo insólito: *“Y no conocí a nadie...o sea, yo sabía que existía Alberto [risas]. Y eso era todo lo que...que él respondía mails. ¿cachai?”*. Mientras que en el segundo caso, se releva la importancia del pago en un dispositivo psicoterapéutico, donde la gratuidad choca con la posibilidad de hacer terapia, cae en el lugar de lo imposible: *“...uno tampoco no anda como, yo hago psicoterapia gratis por la calle, uno no anda así por la calle, es imposible [tono risueño]”*.

Respecto de este último punto, se debe considerar que el discurso institucional de Montesana aboga porque *“la salud mental en Chile sea un derecho y no un lujo”* (Montesana, 2012). Supuesto que motiva a muchos de los terapeutas a participar como voluntarios de la Fundación. De este modo, la idea de *retribución* cobra relevancia central a la hora de dar sentido a la participación en la institución. Como una suerte de *“devolver la mano”* a la oportunidad que se tuvo y que otros no. Evidenciando la desigualdad imperante respecto de oportunidades, pero también, surgiendo como alternativa de sortear esa diferencia. Lo que queda plasmado en la siguiente viñeta:

“Y ahí me metí a la página ponte tú...salía que estaban buscando psicólogos y psiquiatras voluntarios como para poder tener un acceso, o sea que personas puedan tener acceso a una atención de calidad. Y como voluntario donabas tiempo, que los aranceles también eran súper distintos...y todo. Y dije en verdad [énfasis] si para mí siempre ha habido un tema de poder entregar lo que yo sé...No solamente en un nivel socioeconómico que pueda pagar una consulta...no sé po de 25 mil pesos. Si no también otro tipo de, de personas, que no tengan ese acceso. Que eso siempre ha sido parte de lo que yo siempre he hecho /...para mí tiene que ver con devolver lo que yo he ido

aprendiendo. Por un tema más de sociedad, de sensibilidad...de, de entrega...siempre ha sido así, desde mi formación desde el colegio [...] [Terapeuta 3; Javiera: 28 y 31].

Así, la narrativa de la retribución se vuelve un elemento central en la configuración del dispositivo psicoterapéutico, quedando tras bambalinas la narrativa del derecho que organiza la visión institucional. ¿Cuáles son las consecuencias de esta inversión? En el caso de la retribución, ésta responde a las buenas intenciones de unos pocos, que consideran que es lo justo. Quedando así la resolución de la problemática de la salud mental en manos individuales, supeditada al esfuerzo personal y a la buena voluntad de algunos. Escenario que por lo demás, dado el contexto de salud mental en Chile, donde opera una lógica de creciente individualización, Mentosana aparece como tentativa de respuesta, a un déficit dado por la desigualdad de oportunidades, pero lo hace a través de las tramas trazadas por nuestra época “liquida”. Esto es, bajo la lógica de consumo y privatización de las responsabilidades de la propia vida (Bauman, 2010). Pero, por otro lado, en tanto derecho legítimo, la salud debiese resguardarse más allá de esta lógica individual. Pero, en el momento actual de las cosas, el Estado parece coludir con esta situación y no genera condiciones suficientes para abordar la problemática. Lo que antes se consideraba un problema social, ha pasado a la esfera privada y allí, el Estado no tendría cabida.

Por otra parte, la Fundación Mentosana se sostiene sobre el pago mínimo para otorgar la oportunidad de acceder a terapia. Lo que concedería al factor económico un carácter preponderante en el dispositivo. Si bien el pago constituye una barrera para el acceso a la psicoterapia, los resultados de esta investigación señalan otros elementos implicados en ello. En las entrevistas aparece un entramado discursivo donde toma protagonismo el “deseo personal” en el acceso y la permanencia a terapia. Tal como se muestra a continuación:

“Es que es una opción [...]. Hay gente que puede pagar y no va al psicólogo... Aunque sea en el consultorio o en la Red Gesam [...]. Va a encontrar la manera de hacerlo, si quiere hacerlo [silencio, pensando]. Te va a pedir vernos cada quince días... una vez al mes...” [Terapeuta 2; Carlos: 101 y 103].

“Y me dijo...ellos están ofreciendo cupo así como a...Depende lo que la persona pueda pagar... La cuestión es que no tenga excusa por la parte económica. Y yo le decía “tía, si yo realmente quisiera ir a...a un psicólogo yo igual tengo los medios, de alguna manera me las arreglo”” [Consultante 2; Andrea: 14].

Estas viñetas manifiestan que la viabilidad del proceso descansa en el querer individual. Acontece cierta celebración de la libertad de elegir que no problematiza las condiciones de posibilidad de ese deseo y de ese ajuste, de esa suerte de “arreglo” que se debe hacer al dispositivo ofrecido. La desigualdad en el acceso a asistir se inscribe en la trama del desaprovechamiento individual de una oportunidad, sin problematizar las condiciones- materiales, sociales- que hacen posible ese deseo. No se trata únicamente de abordar la falta de recursos que impiden la materialización de una consulta al psicólogo, sino también, respecto de las condiciones de posibilidad de los consultantes de concebir la psicoterapia como un espacio al que pueden acudir. Esto, queda manifestado en la viñeta que se muestra a continuación:

“Aunque necesiten la ayuda jamás pisarían la consulta de un psicólogo...Pero es así como...pero yo no estoy loca...Como que tienen...la falta de información yo encuentro ahí que es el tema. Y por eso yo digo...cuando la, la psicóloga...la tía psicóloga [se ríe] me dijo “pero sí están los cupos...no es que usted le vaya a quitar el cupo a otra persona...que más lo necesite” [Consultante 2; Andrea 201].

En este sentido, aparece una *inversión de la oferta* realizada por Mentésana. En donde los consultantes no demandan la oferta disponible, existiendo más terapeutas dispuestos a atender que consultantes disponibles para hacer uso de los cupos existentes; los que finalmente se pierden. En ese escenario entonces, surge la inquietud sobre ¿para quién es la oferta? Al respecto, en el siguiente capítulo, se abordarán temáticas referidas al interés que despierta en los terapeutas la propuesta psicoterapéutica de Mentésana.

V. De la Participación en Mentosana: Tensiones entre la Experiencia del Trabajo Remunerado y la Experiencia de Formación

Una de las particularidades que tiene lugar dentro del dispositivo psicoterapéutico que se genera a través de Mentosana, refiere a la tensión que se establece entre la experiencia del trabajo y la experiencia de la formación entre los terapeutas voluntarios. Éstos, además de favorecer el acceso a psicoterapia, ven en Mentosana una alternativa para adquirir experiencia formativa, mediante la atención de consultantes, a través de un dispositivo que se inserta justamente dentro del trabajo que los profesionales realizan de modo habitual. Por lo tanto, el dispositivo psicoterapéutico que plantea el operar de Mentosana, al estar inserto dentro del escenario laboral chileno contemporáneo, no escapa a aquella normatividad que lo rige. Ésta responde a lógicas de mercado, cuya materialización está signada por la retribución económica. Por lo tanto, el proyecto que propone, no responde sólo a una lógica netamente altruista, ya que está inserta y se sostiene en el trabajo mismo de profesionales de la salud. Donde además, la posibilidad de adquirir experiencia profesional parece ser uno de los mayores intereses que mueve a quienes participan de la Fundación. Siendo posible visualizar en los relatos de los terapeutas, cómo aquello se manifiesta:

“Que debe haber sido el 2010 [...]. Me metí porque unas amigas lo conocían y un poco yo no estaba atendiendo pacientes, entonces era como una forma de atender pacientes...” [Terapeuta 1 Gloria; 6].

“[...] Te cuento...estaba tratando de recordar cómo llegué...a Mentosana, Una [...] colega, amiga de un amigo [...] eee, conocía a una de las chicas que [silencio largo] que estaba como en la parte de administración, de coordinación de Mentosana...y me comentó de esto y yo lo vi...como una posibilidad de...Tres aspectos, conjugar tres aspectos [...] uno tener...más pacientes...con el reporte económico que significaba eso...sabiendo que era un valor bajo...Pero al mismo tiempo retribuir en algo y poder ayudar a alguien...Y junto con eso...acumular experiencia también [...]” [Terapeuta 2; Carlos: 2].

En definitiva, se articulan una serie de enunciados en que los múltiples propósitos se entrelazan y confunden, tensionando las posibilidades de formación, de trabajo y de ayuda. Donde cada una se ubica en un lugar distinto según cada terapeuta. En el caso de Gloria por ejemplo, la experiencia formativa asoma como única alternativa, perdiendo protagonismo aquello de otorgar atención a bajo costo. Y en ese “no dicho” entonces, se develan casos en que el ingreso a Montesana nada tiene que ver con lo que su misión promueve, lo que genera tensiones a la hora de concebir el trabajo que allí se realiza. Porque se espera otra cosa, de la que no siempre se obtiene respuesta. Lo anterior, queda plasmado a continuación:

“Básicamente el contexto de que no te pagan, o te pagan muy poco en el fondo [...]. Como que eso influía en mi disposición yo creo... Es que tiene que ver con una...eee....con la disposición con la que uno llega. Como a mí me pasaba que era como...”ya, que lata...voy a ir y capaz que ni lleguen” Y eso ya te predispone distinto, ¿me entendí? Tal vez uno puede decir no, en realidad no influye porque soy súper profesional, pero a lo mejor no, no más. A lo mejor igual influye, y no te dai cuenta, ¿me entendí? No era que yo dijera ay, voy a hacer una mala sesión en venganza, no [se ríe] [Terapeuta 1; Gloria: 146 y 102].

Esta viñeta ilustra de manera notable la pugna antes expuesta, desplegándose esa tensión entre las lógicas del trabajo y el voluntariado. En donde la incompatibilidad de ambas, la lucha constante, se manifiesta en un importante *hito centrifugo* (Besoain, 2012) del relato, marcado por la presencia tanto de la risa como de la negación. Tras ellas se cuele la posibilidad de cierta represalia por no recibir la retribución esperada, propia de las lógicas del trabajo, pero en constante conflicto con el altruismo que se espera. Aparece así el reconocimiento de que el quehacer profesional de un psicólogo sí se vea influido por el pago. De este modo, la lógica de la retribución tensiona la lógica del altruismo.

En esta misma línea, resulta interesante que mientras los terapeutas intentan no dar mucha notoriedad al pago, como si no importase, son los consultantes quienes

evidencian, visibilizan, que sí tiene un lugar en tanto servicio y calidad del mismo, lo que es justo, lo que uno considera y valora por un servicio como el psicoterapéutico. Tal como se muestra a continuación:

“Empezamos con una módica su, pago de... no sé...yo pagaba ponte tú así como 5 lucas...que yo podía pagar na si quería... ¿pero cómo no iba a pagar nada? Y yo le dije a la psicóloga yo por FONASA pago 8 lucas...me dijo ya po...pa que va a pagar 10, pague 5. Ella me dijo...como buscándome el ajuste para que yo no tuviera excusas...

¿Y por qué pensaste en esto de que no podías no pagar nada?

Porque igual era como...yo decía...pero si igual si voy al Centro Médico pago 8 lucas...porque tengo FONASA...entonces...qué sé yo...Después con la Pía yo un día le dije “sabi que...yo estoy pagando 5, pero yo encuentro que no, que...ya te voy a empezar a pagar 10 o 15...”. No me acuerdo...yo como que le subí la cuota.

Interesante eso... ¿Cómo es que decidiste subir la cuota?

[Se ríe con ganas] No sé...por qué...Pero ella me dijo...“ah...ya”. Es que yo encontré que era lo justo. Era lo justo, porque yo en otras partes pagaba...así no se po, el triple...y yo sentía que me estaba ayudado tanto que [...] era como [...] [se ríe]. No sé po, igual suena chistoso...perooo...acordamos y quedó así” [Consultante 2; Andrea: 182/187-190].

Al respecto, llama la atención que sean precisamente quienes se supone no pueden acceder a la terapia, por la imposibilidad de pago, los mismos que deciden, dado el trato recibido, aumentar el mismo. En este sentido, el dinero pareciera adquirir otro lugar. La risa evidencia la extrañeza, lo raro que se escucha, la posibilidad de pagar más. Surge así, una relación compleja con el dinero, en tanto se considera que el trabajo realizado debiese ser pagado, pero es difícil cuantificarlo. Y aunque se ofrezca subir la tarifa, emerge a la vez la dificultad del pago por parte de los consultantes, como un impedimento real que dificulta el acceso a terapia. Estableciéndose así, una complicada trama en relación al dinero, al pago. Mediando la relación entre terapeuta y consultante, instaurándose un juego en que cuando uno de los dos involucrados intenta quitarle

importancia, el otro se encarga de hacerlo ver. Así, cuando el terapeuta intenta que pase desapercibido, el consultante sube la tarifa, y cuando el consultante no lo considera, el terapeuta reclama el lugar de éste por el servicio entregado. Tal como se ilustra en las viñetas anteriores.

De este modo, la manera en que el dinero se inserta en el dispositivo, no queda resuelta. Éste tiene un lugar, pero se dibuja de múltiples formas. Por último, para quienes no pueden pagar, éste se torna condición de posibilidad de la terapia misma. Tal como se muestra a continuación:

“O sea... [pensando] probablemente en ese caso, si yo hubiera tenido que pagar cuarenta lucas, no voy [refiriéndose a su proceso]...Porque no tenía la plata no más poh...”
[Consultante 1 Violeta; 66].

Es decir, si éste no está disponible, la terapia no es viable. Pero lo que queda velado, es la forma que toma el dinero para los terapeutas. Puesto que más allá de la retribución que puedan entregar, el dinero responde a una justa remuneración por el trabajo realizado. Punto, por lo demás, problemático, si esa remuneración que se espera debe traducirse en pago, porque allí surge la tensión en donde la lógica del “bajo costo” no se sustenta. Surgiendo así, la inquietud respecto de aquello que sostiene un escenario en que no hay rendimiento económico, como el de Mentosana. Desde acá se vuelve razonable que esa retribución que se espera por el trabajo, provenga de otro lugar: la *formación profesional*. Esta última, no responde únicamente a un proceso instructivo particular, en alguna teoría, o a procesos de supervisión de casos (Gálvez, 2010). Si no que se relaciona con la práctica misma, con la atención de consultantes y la consiguiente oportunidad que Mentosana ofrece a este respecto; asomando como alternativa de atención, de adquirir experiencia. De este modo, la posibilidad formativa, aún cuando sea en el largo plazo, se torna una oportunidad de potenciar el quehacer profesional. En un escenario en que para los psicólogos noveles es particularmente difícil, Mentosana se

vuelve una alternativa que ofrece un pago no monetario, que sí favorecerá la futura inserción en el mercado laboral en tanto otorga experiencia clínica.

Sumado a ello, los mismos consultantes están dispuestos a subir sus tarifas dado la atención recibida, entonces aparece el cuestionamiento respecto a la imposibilidad de pagar. Además, en nuestra sociedad impera la lógica del pago por servicio y se asocia este pago, a la calidad del mismo. El valor de mercado parece situar un “piso mínimo”, que da valor tanto a aquello que se recibe como a lo que se ofrece. Por lo tanto, esa es una condicionante que emerge como relevante a la hora de pensar dispositivos como éste. Donde lejos de obviarlo, o apelar a un altruismo ingenuo, debiese considerarse las complejas tramas que se dibujan en torno al dinero y la retribución. Tanto para los consultantes- más allá del pago- como para los terapeutas, donde convergen distintos intereses que sostienen el dispositivo.

Por último, otra tensión interesante que asoma, refiere a la que se configura en torno a la *queja/defensa* de Mentasana. Si bien se han propuesto varios reclamos y peticiones de los usuarios hacia ésta, dejando un cierto sabor amargo en torno a su funcionamiento, en tanto no responde del todo como se esperaría, denunciando un precario equilibrio entre lo que ésta promulga y lo que ocurre en la práctica. No es menos cierto que aquellos que se quejan, también articulan una defensa en torno a Mentasana que se escucha con cierto desconcierto y sorpresa. Como si a pesar de todo, hubiese algo allí que merece la pena rescatar, lo que se muestra en las siguientes viñetas:

“...yo pienso que es una buena opción...la de Mentasana [silencio largo]. Yo creo que ayuda [...] y ofrece [...] [...] algo más cercano que ir al consultorio...Porque quien se mete a Mentasana tiene un compromiso distinto con Mentasana...y potencial consultante; que alguien que trabaja...como psicólogo en un consultorio” [Terapeuta 2; Carlos: 109].

“...O sea, yo creo que dispositivos como el de Mentasana...hay pocos. O sea, siempre...para mí cuando surgió la, porque cuando surgió la...desde la Católica, desde la escuela...desde ahí, hasta donde yo sé...Fue como mira, que choro, que bueno que haya

gente que esté interesada en siempre entregar atención de calidad...” [Terapeuta 3; Javiera: 132].

De lo anterior, se vislumbra un espíritu positivo, de reivindicación, de una institución “que es buena opción”, que ayuda, donde al parecer no hay muchas alternativas de esta naturaleza. Esta defensa contrasta con las quejas antes mencionadas, ¿cómo entender este contraste? Al respecto, cabe señalar que depende de dónde se sitúe la mirada. Es decir, cuando los terapeutas ponen el foco sobre ellos mismos y Mentasana aparece como una institución que está al servicio de sus intereses, surge la queja. Pero si el foco está en quienes potencialmente recibirán la ayuda, en esa relación uno a uno, en ese compromiso con el consultante; entonces allí asoma la defensa de Mentasana. Esto evidencia que el interés por lo que se puede lograr en ese encuentro, constituye uno de los motores más potentes de Mentasana. Abriendo la pregunta respecto de ¿qué ocurre en ese encuentro particular? El siguiente capítulo abordará justamente aquella dimensión que refiere a lo que ocurre en la terapia en sí.

VI. Del Saber, la Locura y la Cura: Tensiones entre los Discursos Dominantes y los Momentos de Singularidad poética en el dispositivo psicoterapéutico de Mentésana

En este capítulo, se abordarán aquellos aspectos que dan cuenta de los discursos dominantes en torno a la idea de acudir a psicoterapia, en qué consiste la misma, y qué se espera de ésta. Siendo estos elementos centrales a la hora de considerar las condiciones de posibilidad y las prácticas que se despliegan allí.

Como ya fue señalado con anterioridad, Mentésana se sostiene en el discurso de la escasez de recursos como condición para articular su dispositivo. Sin embargo, surge una inquietud previa en torno a la oferta misma. Porque lo que ésta propone, reproduce la psicoterapia en el formato privado, habilitando este camino como la vía privilegiada mediante la cual las personas pueden resolver sus problemáticas. Condicionando así, a los eventuales consultantes, a las reglas de ese juego: ese lenguaje, ese lugar, esa estética. Promoviendo una homogenización de las subjetividades, en la cual la salud mental queda inserta en este “modo”; ocultando otras alternativas que pudiesen otorgar otras posibilidades de resistencia (Foucault, 1996) para esas personas. Donde entonces la imposibilidad de poder optar, limita las opciones a un único modo en que las posibilidades de resistencia entonces están restringidas a un determinado formato preestablecido. Sin saber que pueden darse otras alternativas: ¿cuáles? Ese es uno de los grandes desafíos que como profesionales de la salud nos convoca, ya que desde la formación se nos instruye en este modo “burgués” del trabajo psicológico y clínico, tal como fuera señalado en capítulos anteriores, y entonces nuestros márgenes se mueven dentro de ese delineado. Así, la propuesta de Mentésana, se inserta dentro de esos mismos límites y lógicas, como si no hubiera lugar para decir otra cosa. Porque nuestra economía y nuestra sociedad nos han moldeado para guiarnos por esa ruta del esfuerzo individual y la privatización.

El dispositivo psicoterapéutico de Mentésana, al promover el formato privado de atención, instala relevantes inquietudes y prejuicios respecto de la psicoterapia, la idea de acudir a ella y las posibilidades que ésta entrega a los consultantes. En este sentido, las

entrevistas señalan interesantes nociones sobre las condiciones para asistir a terapia, lo cual se profundizará a partir de las siguientes viñetas:

“No, pero si las señoras ni siquiera se sientan...ni siquiera vienen a consulta conmigo” [refiriéndose a conversación con la tía psicóloga]...A conversar los temas...porque los psicólogos son para los locos... los psicólogos son pa...no sé. Entonces, es un prejuicio y por eso yo hablo de educación...” [Consultante 2; Andrea: 203].

“[...] Creo que le hubiese dicho que no...O si no hubiese dicho que no...no hubiese aceptado venir... Porque para mí a las psicólogas iban las locas [se ríe] [...] Que siempre hay un desequilibrio mental, en donde las psicólogas ordenan toda la...cosa ahí. Y esos son los locos [ríe]. Pero ahora me di cuenta que no...Porque yo no me encontraba loca...claro [...]” [Consultante 3; Laura: 101].

En ambos casos, los hablantes establecen cierta distancia entre la psicoterapia y los posibles consultantes (ellos mismos u otros). Se evidencian una serie de “condiciones previas” requeridas para asistir y cierto tipo de supuestos sobre el quehacer del psicólogo, que dan cuenta de ciertos prejuicios respecto de la psicoterapia. Por ejemplo, aparecen con gran notoriedad las ideas de que “a los psicólogos van los locos” y que “los psicólogos ordenan la cosa”, lo cual está en sintonía con lo propuesto por Morales et al (2012), quienes plantean una serie de prejuicios respecto de lo terapéutico en los consultantes. Estos autores proponen una serie de discursos que fundamentalmente tienen que ver con anticipar una asimetría en la relación entre terapeuta y consultante, en la cual el primero de los participantes es ubicado en el rol de experto (activo y participante) y el segundo, en un rol pasivo. Donde, el proceso es condicionado por esta diferencia, siendo el terapeuta quien guía y sostiene, desde su saber, cierta normalidad en el sujeto (entendida como utilidad productiva), de su bienestar subjetivo.

Así, la idea de que el terapeuta es quién “ordena”, el que sabe, el que trata los que se escapan de la norma (los locos), configura un escenario dentro del cual muchos potenciales consultantes no tendrían cabida, distanciándolos del espacio. No se

consideran sujetos de esa oferta que hace Mentésana. Se otorga un cupo de atención para acudir a un lugar donde se piensa que no se pertenece; “yo no me encontraba loca”, comenta una de las participantes.

Ahora bien, bajo estas condiciones, surge la interrogante respecto de la significancia de ubicarse en un lugar distinto al de la locura, con qué tiene que ver esa insistencia que se escucha. En ese sentido, Foucault (1970/2008) al proponer ciertas estrategias de exclusión, entre ellas el rechazo al decir de los locos, establece la distancia de uno respecto de ésta, como una lucha en sentido contrario, hacia la inclusión; en un esfuerzo por no quedar fuera. Así, siempre que la locura aparece, lo hace para otro, distinto a mí. En consecuencia, lo mismo ocurriría con la terapia, a no ser que surja esa diferencia como condición de posibilidad, a saber, que la locura no es requisito necesario para acceder a terapia. En ese sentido, uno de los grandes desafíos de la salud mental y de la psicoterapia en particular, responde justamente a expandir el espacio psicoterapéutico más allá de constituirse como lugar exclusivo de los “excluidos”.

En esta misma línea, considerando las propuestas de Benveniste (1966/2010), es interesante señalar la temporalidad signada en la segunda viñeta por ese “ahora”. Éste último, divide la temporalidad del relato en dos momentos. Un “antes”, donde resultaba impensable acudir a terapia y un “ahora”, un segundo momento, donde esa posibilidad aparece. La cual es a posteriori de la experiencia misma de terapia, volviéndose ésta la encargada de dismantelar el supuesto que paradójicamente aleja a quienes se pudiesen beneficiar de la misma. En consecuencia, si el *ahora* sólo tiene lugar una vez estando dentro del espacio que se busca eludir, parece necesario entonces ir un paso más atrás y considerar precisamente, ¿bajo qué condiciones es que las personas llegan a acceder a la terapia ofrecida por Mentésana?, ¿qué es aquello que moviliza la *demanda* por el espacio psicoterapéutico que se ofrece?, ¿para quién es relevante que se asista a terapia? Todas interrogantes que configuran un escenario particular de reflexión.

Al respecto, las entrevistas muestran que esta demanda responde principalmente a un *vínculo*, a una relación con otro, al requerimiento de ese otro que considera que esto debiese ocurrir, que lo pide, que lo gestiona. Finalmente se accede como respuesta no a

una demanda personal, sino a la demanda de otro al que se quiere responder mediante esta acción. Aparecen en este lugar figuras de autoridad, como la psicóloga del colegio o jefes. Es aquí donde asoma un punto clave como condición de posibilidad para que la oferta de acceso se materialice. Puesto que si esa derivación inicial es bien recibida, la gente le da una oportunidad al espacio. Tal como se manifiesta en las viñetas a continuación:

“Yo estaba así como súper mal...como será que me estaban como en el colegio...entre comillas presionando para que yo tomara las medidas... Y la...y me dice “mire, hagamos una cosa...usted me dice cómo quiere su psicóloga...así como a medida”. Y yo le dije “¿pero eso se puede hacer? “Probemos po...”, me dice [refiriéndose a la psicóloga del colegio que hace el contacto]/ Y por eso yo digo...cuando la, la psicóloga...la tía psicóloga [se ríe] me dijo “pero sí están los cupos...no es que usted le vaya a quitar el cupo a otra persona...que más lo necesite. Si es que los cupos están...y yo sé que a usted le va a hacer bien [énfasis]...Porque lo va a aprovechar...” [Consultante 2; Andrea: 15 y 201].

“Todas esas cosas, que creo que no todos dan los cupos a la “chuñia”. Esta persona que venía de Pudahuel se pegaba el pique, pero tenía clarísimo por qué... Porque la psicóloga del colegio le había dicho que bla, bla, bla....No importaba donde fuera, lo importante era que era un proceso que iba a ser bueno, con alguien que sabía [énfasis], que le iba a ayudar...Como que eso...al ponérselo ahí, ya era otra cosa [...] Yo creo que eso es importante...” [Terapeuta 3; Javiera: 126-127].

“...Yo llegué en un momento muy difícil a Mentosana. Fue un problema muy complicado en mi vida [...] [...] fue la forma en que mi madre falleció. Eso fue lo que me...Yo hace mucho tiempo trabajo con una jefa...y mi jefa, antes de que esto pasara, ya me tenía contactada con Mentosana. No fue como mi decisión...Porque mi jefa me dijo...” [Consultante 3; Laura: 2].

De lo anterior, es posible notar cómo en cada caso, figuras externas son quienes muestran y movilizan el interés de quienes acceden a Mentosana. Ofreciendo la

posibilidad de “buscar alguien a la medida” o porque es otro quien dice que es importante. Así, la demanda inicial al menos, parece provenir de terceros que se encargan de hacer visible una situación que de otro modo posiblemente se mantendría oculta. Terceros, además, que son quienes articulan un cierto *saber*, que los consultantes desconocen. Desencadenado así un escenario micropolítico donde la ignorancia establece una importante diferencia: son otros quienes saben lo que sirve y manejan el horizonte de posibilidades de aquel que queda situado en un lugar inferior. Así por ejemplo, en el caso de la jefa que busca ayudar a la persona que trabaja con ella, incluso se *adelanta a la necesidad*. Por lo tanto, el relato queda marcado por el deíctico de temporal del antes, generando un escenario en el que la demanda es antepuesta a quien la solicita, lo cual abre la pregunta por el lugar del consultante en este tipo de dispositivos.

De este modo, se presenta un complejo panorama a abordar. Tal como fuera expuesto, los consultantes de Montesana no demandan de la institución, no piden, y la llegada a terapia surge como contingencia, respondiendo a una oferta creada para resolver una necesidad que muchas veces aún no ha surgido; presentándose así una inquietud en dos dimensiones. En primer lugar, respecto del lugar de la necesidad, que asoma como ajena. Y en segundo lugar, sobre las condiciones para que ésta pueda surgir como tal por parte de los consultantes. Por ende, la figura de estos *terceros significativos* adquiere un carácter central como condición de posibilidad de la terapia en este dispositivo específico. Lo que a su vez, ubica a los consultantes en una posición particular, signada por un no saber, donde otros dibujan una ruta que éstos siguen como una suerte de apuesta, en donde lo que está en juego es una relación. Ya sea como respuesta impuesta por una jefa, a quien no se puede contradecir, o en base a explicaciones ajenas que gestionan e impulsan una derivación que de otro modo no ocurriría.

Por lo tanto, bajo las condiciones antes descritas, surge una interesante pista respecto de ese “acceso” que no se obtiene, ya no únicamente por falta de recursos, sino por consideraciones en torno a la posibilidad de demandar la psicoterapia como alternativa, de pensarlo como un espacio pertinente. En consecuencia, el costo del mismo no garantiza per se que se acceda. Si bien puede facilitar la permanencia, la entrada

depende de terceros que sirvan de “visagras” entre los consultantes y la terapia, que ayuden a sortear la distancia con ese saber, haciendo posible una *familiarización* con el espacio en donde los consultantes lo perciban como una alternativa posible para ellos. Por último, cabe también la pregunta por aquello que está siendo promovido mediante esta vía. Posiblemente, un modo de entender el enfrentamiento de las dificultades desde una perspectiva meramente individual, recayendo dicha responsabilidad en un vínculo privado. Donde además, si eventualmente dicha oportunidad no es tomada, es a causa de alguien que la desaprovechó.

A pesar de todo lo descrito hasta ahora respecto de los cupos que se pierden, del modelo asistencialista y de control que se reproduce, hay algo que es defendido, tal como se planteó en el capítulo anterior, respecto de qué es aquello que Montesana sí logra sortear, no obstante, este ingreso complejo y cuestionable desde la lógica de la distribución del poder. Lo anterior, se relaciona con apostar a la posibilidad para que otra cosa pueda tener lugar en el espacio psicoterapéutico. Considerando que la que psicoterapia implica una determinada micropolítica, en los términos que fue sugerido con anterioridad, ésta en tanto productora y reproductora de discursos dominantes, puede también abrir el espacio para su cuestionamiento. De este modo, la terapia puede promover el surgimiento de aquel punto de fuga, esa diferencia, esa posibilidad de resistencia en términos de lo propuesto por Foucault (1999). Y es precisamente allí donde reside la apuesta de Montesana al ofrecer la psicoterapia como respuesta.

A continuación, se abordarán precisamente esos momentos, esos instantes que surgen en la psicoterapia en sí, y bajo qué condiciones de posibilidad éstos emergen, tomando lo trabajado por Pakman (2010) bajo la idea de lo *poético*. Para este autor, lo poético se relaciona con aquello que permite la aparición de esa singularidad de cada uno, donde la subjetividad ya no está determinada sólo por aquellas pautas dominantes sino además, por la posibilidad de *resistencia* en términos foucaultianos que abre lugar a ser otro, o dejar de ser ese que se ha sido y que no se quiere seguir siendo. A sorprenderse respecto de una continuidad de sí, que se ha vuelto insostenible.

En ese sentido, como un modo de levantar posibles momentos de esta naturaleza, entendiendo la complejidad inherente de manifestarlos, se incluyó dentro del guión de las entrevistas la pregunta por algún momento que los participantes considerasen significativo de la terapia. Se les pidió que describiesen en detalle lo que allí ocurría, a fin de comprender qué era relevado, qué había marcado a los participantes para dar cuenta de lo sucedido en ese momento. En esa línea, toda vez que quienes participan de un proceso psicoterapéutico deben referir aspectos significativos del mismo, resulta complejo que puedan articular esa vivencia. Como si lo que allí tiene lugar no pudiese reducirse a palabras, éstas no alcanzan, se vuelven insuficientes. En momentos de esta naturaleza el silencio aparece signando aquello que no puede ser dicho. Significando otra cosa, remitiendo a otra cosa, a algo que está en otro registro. Lo cual, se encuentra en sintonía con lo propuesto por Pakman (2010) en tanto “lo poético es la raíz de lo narrativo no domesticado ni por la forma ni por los temas...” (p.324). Por ejemplo, a Violeta cuando se le pregunta respecto de una experiencia que para ella fuera importante dentro de su proceso, responde:

*“Yo creo que la primera vez que salimos a pasear [...]. Sí, yo creo que... [se detiene].
¿Cómo fue esa [énfasis] experiencia?
[Silencio largo, pensando] No sé...pero fue...fue algo s...no, no...no puedo definirlo como con palabras...Pero fue una cuestión como de sensación...de ir tranquila por la calle conversando...Cachai, como que [...] como que me sentí segura, fue como una cuestión súper...buena yo creo [...].” [Consultante 1; Violeta: 126-128].*

Violeta, era una consultante cuya asistencia a terapia ocurre luego de un largo período fuera de Chile. Tras vivir difíciles momentos, en los que sufrió asaltos y persecuciones, vuelve a su país sin lograr desenvolverse en la ciudad como lo hacía antes. Se sentía temerosa, angustiada, no podía salir a la calle sola ni trasladarse de un lugar a otro. Por lo tanto, en este caso particular, el momento descrito alude a recuperar esa seguridad que se había perdido. Donde el salir a caminar juntas, como parte del proceso

terapéutico, abre la posibilidad de *fuga* en el modo habitual de situarse en el espacio del afuera. Permite una condición diferente en el modo de vivir ese “caminar por la calle” de Violeta. Así, lo mismo que antes atemorizaba, ahora se experimenta distinto. En definitiva, se abre un espacio de subjetivación diferente al que se había venido dando. La psicoterapia permitió a Violeta una experiencia de libertad y tranquilidad, extraordinaria en vista de su problemática, en la que pudo experimentar en carne propia la vivencia de ir tranquila caminando, lo cual antes no tenía lugar.

Se trata de una apuesta, en la que está en juego una determinada *postura ética* del terapeuta. En donde se genera, en conjunto con el consultante, un contexto terapéutico en el que éste último se vuelve un participante activo de su proceso. Las condiciones del espacio son desafiadas y las reglas tradicionales que dictaminan el formato y lugar para la ocurrencia de un proceso terapéutico (en una consulta, sentados), son resistidas. La posibilidad de caminar juntos, genera condiciones en que la postura experta del terapeuta se desdibuja, dando paso a otro tipo de relación en la que ambos actores del proceso “caminan juntos”, no uno guiando al otro. Así, es posible establecer una “alianza equidistante” con el consultante, en donde los dos participan activamente y no uno como agente de cambio (terapeuta) de otro que recibe (consultante) (Morales, et al, 2012).

Por lo tanto, este escenario propone que el proceso psicoterapéutico generado a través de Mentosana no se traduce en un saber que dicta qué debe hacerse y cómo para “curarse”. Lo que resulta interesante si se considera que el saber que domina el dispositivo de Mentosana, inicialmente, está puesto en terceros significativos que indican el tratamiento. Pero, llegados a este punto, los terceros desaparecen de escena y no se les reconoce en su participación, como una suerte de confirmación de su indicación. En este momento ellos pierden la fuerza inicial que tenían mediante su saber y el protagonismo recae en la singularidad de esa experiencia, en la vivencia personal de los participantes. En el relato mismo, asoma un solo protagonista.

En esta misma línea, las viñetas que se presentan a continuación evidencian ciertas condiciones que, en tanto presentes o ausentes en la sesión, favorecen o limitan la

posibilidad de que los consultantes pueden también volverse protagonistas del proceso, teniendo lugar para ser escuchados:

“Ya...usted me habla, yo escribo y después te doy mi veredicto...A mi esa cuestión no me...no me funciona...Entonces...esa vez yo fui con la Pía...y fue así como [cara de asombro]...es que no sé po...Uno quizás tiene esa cosa como que cree mucho en lo, en la impresión como en los...el hecho de...el contexto en el que se da la sesión...que sea un lugar rico...y ella fue así como súper...Entonces la Pía fue como súper acogedora, me hizo como toda una introducción...como sin que yo le hubiese pedido.../...porque a uno no le van a... [se detiene, pensando]. Uno pone todo, el alma...abrirse”. [Consultante 2; Andrea: 211].

“Así le dije a la Paula, cuando me subió la tarifa...no puedo. Yo con mi forma de trabajar...Le dije Paula, te encuentro tan poco humana...te prometo que te encuentro poco humana/ No, te prometo que ahora no volvería...Si tú me dices, Laura...nooo. Te prometo que no volvería...a pesar...a ningún psicólogo. No, encontré [...] lo siento tan...un poco frío...muy frío. Te dejan como sola...Yo me sentí sola, abandonada. La...una de...la Paula me decía Laura, este es tú espacio...Jamás sentí que era mi espacio...nunca [énfasis]...” [Consultante 3; Laura: 107, 109].

Así, parte de las condiciones que se pueden desprender, tienen que ver con ser legitimado en aquello que se dice, ser escuchado. Lo cual, si bien puede relacionarse con alguna teoría en particular, tiene que ver con el lugar que se le da al otro y las posibilidades de diálogo que eso genera. Por ejemplo en la primera viñeta presentada, se cuestiona como condición deseable del proceso psicoterapéutico, la idea del terapeuta experto que da “su veredicto” y es quien sabe respecto del consultante. En este sentido, emerge la posibilidad de un dispositivo que tensiona el discurso dominante respecto del saber experto del terapeuta en psicoterapia. En sintonía con lo propuesto por Anderson (1999), que considera el propio conocimiento del consultante dentro del proceso terapéutico, generando una construcción conjunta de significado y diálogo entre ambas partes. Bajo esta perspectiva, no es el terapeuta el que sabe y corrobora sus

conocimientos sobre el otro, dando su opinión experta. Por el contrario, se asume que el consultante es un participante activo de dicho proceso.

De este modo, la experiencia psicoterapéutica que es rescatada como significativa por parte de los consultantes, no responde a un cierto conocimiento teórico de los terapeutas que pueda favorecer la reproducción de ciertas prácticas discursivas dominantes, ligadas a ese “saber” legítimo que adquiere carácter de verdad (White, 1993). No es el terapeuta quien hace y decide en su rol de experto. Por el contrario, esa experiencia tiene que ver con promover un espacio en el que cada consultante pueda “abrirse”, desplegarse, en donde el vínculo que se establece con el terapeuta adquiere un carácter central. Tal como se presenta en la segunda viñeta, si este vínculo no se logra, si el consultante no se siente escuchado, el proceso psicoterapéutico fracasa, “no se volvería al psicólogo”.

Es aquí donde está en juego la experticia de un terapeuta que logra generar dichas condiciones, un “*saber hacer*”, ligado a un ámbito de formación práctica, más que de textos. Y tal vez desde allí, es posible conjeturar el valor de la experiencia formativa que precisamente dan los terapeutas a un dispositivo como el generado por Montesana, tal como fue abordado en el capítulo anterior. Donde la particularidad de un encuentro de tales características más que enseñarse, debe vivirse, aprenderse desde la experiencia.

VII. De los Tiempos y las Distancias: Aperturas Posibles

En el presente capítulo, se abordarán dos dimensiones que aparecen y se ocultan en el dispositivo generado por Montesana, a saber, las distancias y los tiempos. Respecto de éste último, el tiempo es considerado como un elemento relevante en el proceso psicoterapéutico que se realiza, en tanto secuencia, sucesión cronológica que debe seguirse para conseguir aquello que se busca. Así, cada proceso narrado toma un tiempo en ocurrir y aparece en los relatos en su dimensión en tanto duración (Boscolo & Bertrando, 1996). Se vuelve necesario que pase tiempo para que se pueda trabajar y lograr aquello que se espera. Lo anterior se manifiesta a continuación:

“Eee...la terapia duró como seis meses [...]” [Consultante 1; Violeta: 6].

“Emmm...el de Jorge duró como 4 meses...fue un poco más...más dificultoso...El de Julia habrá sido casi un año...y el de Caludia[...] un poco más de un año...sí” [Terapeuta 2; Carlos: 73].

“Pero sí, yo soy de la idea de darles los tiempos, yo sí, a los papás...siempre me preguntan, ¿cuánto tiempo tiene que estar mi hijo acá?...Y yo les digo, menos de 6 meses, no” [Terapeuta 2; Javiera: 72].

Paradojal punto, considerando la rapidez de los tiempos en que vivimos, donde todo es inmediato e instantáneo. No obstante, en este caso se invita a un acto de detención, donde las cosas toman tiempo en ocurrir. Así, siguiendo las propias palabras de Foucault (1984/2009) “...para ello se necesita tiempo. Y es uno de los grandes problemas del cultivo de sí, el de fijar, en la jornada o en la vida, la parte que conviene dedicarle” (p.56). Por lo tanto, darse el tiempo para el espacio psicoterapéutico, se relaciona también con poder *tomarse* ese tiempo, de permitirse ese espacio en donde puedan darse las condiciones para hablar, para mostrarse. Además, esta idea de tomarse el tiempo connota una cierta apropiación del mismo por parte del sujeto, no sólo estando inserto en el tiempo, sino también de poder modificarlo, detenerse. Y esa posibilidad de detención,

es en sí misma un acto de resistencia a la hegemonía de la velocidad imperante. Pero, no todos disponen de ese tiempo y se debe considerar bajo qué condiciones uno logra apropiárselo. Asimismo, retomando las palabras de Foucault, es un tiempo que requiere dedicación y trabajo, donde además, bajo los cánones actuales de la vida contemporánea pareciera no haber tiempo para tomarse ese tiempo.

Por otra parte, la dimensión del tiempo en tanto duración, aparece incluso establecida como requisito a priori del trabajo psicoterapéutico, como condición para que algo pueda ocurrir. Sin embargo, además del tiempo de la duración, es también un tiempo particular y único, donde se pierde la secuencia y lo transcurrido emerge en una vivencia con otros parámetros de medición. Como en el caso que se muestra a continuación:

“El tratamiento duró dos años y tantos meses [silencio largo]. Yo tuve una experiencia positiva lo poco que estuve [se detiene, pensando]...yo lo encontré larguísimo en todo caso. Porque pude conocerme un poco más de mí...y sobre todo decir no. A mí me costaba mucho decir no” [Consultante 3; Laura: 2].

Esta viñeta ilustra de manera notable como se mezclan y confunden los distintos tiempos, si es poco o mucho tiempo, ¿cómo se define? Aquí la tensión que se presenta pone de manifiesto la apertura a un *intervalo*, según lo propuesto por Rancière (1998/2010), como aquel lugar donde se rompe la cotidianidad temporal y pueden coexistir en un mismo espacio diferentes tiempos. Así, esa larga duración parece poca para la profundidad del trabajo que se realiza. Surgiendo en el espacio psicoterapéutico la posibilidad de un tiempo diferente, ya no marcado por la linealidad de los meses que transcurren, sino por la oportunidad de que en ese tiempo ocurra otra cosa. Siguiendo la propuesta de Boscolo y Bertrando (1996), en el diálogo psicoterapéutico tienen lugar una multiplicidad de tiempos. En este diálogo interactúan los tiempos individuales del consultante y del terapeuta, considerando los ritmos de cada uno. Dando lugar a la posibilidad de responder a esta multiplicidad, de abordar estas diferencias en el trabajo psicoterapéutico, más allá del tiempo cronológico que se establezca.

En esta misma línea, el intervalo que constituye la psicoterapia, señala asimismo un *antes* y un *después* en la experiencia de los consultantes. Algo queda, no es un tiempo que transcurre en vano, marca una diferencia e instala un “ahora” que enuncia un cambio en quien habla (Benveniste, 1966/2010). Así, dicha separación temporal ubica al hablante en otro lugar. Lo anterior, queda ilustrado mediante las siguientes citas, en las cuales, se establece una diferencia en el tiempo del antes y de ahora, en el que este último es valorado y distinguido como una posibilidad que aparece mediante el espacio otorgado por la psicoterapia:

“Y yo antes, yo quería decir que no, pero era una cosa que no podía...siempre bueno ya, bueno ya. Y ahora puedo decir sabe que no, no quiero...Y me ha ayudado mucho...eso yo siento que me ayudó. Y lo reconozco, porque hoy en día me sirve mucho...” [Consultante 3; Laura: 3].

“Yo...antes de ir donde la Pía...yo no podía hablar de esto así, sin como ponerme a llorar...No, porque era como un desencadenante...no solamente el hecho de uno tener un hijo enfermo, sino que uno se acostumbra a sentirse víctima del mundo” [Consultante 2; Andrea: 41].

En las viñetas se despliega esa diferencia de tiempo y experiencia marcada por un antes y un después. Se establece una divergencia fundamental mediante la cual el hablante se distancia de aquel que antes fue, y aparece otro en escena, que antes no tenía lugar, que era impensado. Ambas mujeres cuentan historias donde se enfrentaban al mundo de una determinada manera: como víctima o como alguien imposibilitado de decir que no, siendo ese registro el único que conocían de ellas mismas. Pero, el tiempo de la terapia les permite conocerse y vivirse distintas. Ya no en posición de subordinación a quién siempre se responde afirmativamente, o en tanto víctima de circunstancias desfavorables de la vida. Surge una posición en la que está permitido decir y actuar de modo distinto, siendo el tiempo de la terapia el que permite la aparición de esta diferencia. La cual en este caso, parece articular un guión antes impensado en la vida de

estas consultantes, que ambas rescatan. Sin embargo, habría que considerar los alcances de esta diferencia que posibilita la terapia. ¿Qué es aquello que promueve, qué alternativas habilita en los consultantes?

Por otro lado, respecto de las *distancias*, esta dimensión también se juega en las prácticas del dispositivo psicoterapéutico, en dos sentidos. El primero de ellos, alude a la distancia geográfica, que suele signarse como una de las principales limitaciones a la hora de dar cuenta del por qué los consultantes no asisten a terapia. Como la razón por excelencia de los altos niveles de deserción del dispositivo generado por Montesana, lo cual se muestra en la siguiente viñeta:

“Pero no sé...hubo tres o cuatro que se quedaron en el camino...en el camino de no, de llamar una vez, pidieron la hora y después no llegaron. O nunca hicieron el primer contacto...solamente llegaron a Montesana/ Es que yo creo que influye mucho la distancia de los lugares [...] [Terapeuta 3; Javiera: 23 y 25].

De este modo, la distancia geográfica, constituye una gran limitante para que un dispositivo como el propuesto por Montesana opere, puesto que determina que los consultantes no lleguen. No obstante, parece ser que en los casos en que la derivación es adecuada, ésta es sorteada y la gente que asiste logra vencerla. Por ende, surge así la distancia en una segunda dimensión, referida a la que se establece en torno a la experiencia misma de psicoterapia. Ésta última, aparece como un espacio que la gente no conoce, que es extraño, en el que no se confía. En definitiva, la psicoterapia asoma como un lugar distante, al que no se pertenece, frente al que no se sabe cómo actuar. Tal como se evidencia a continuación:

“[...] Para mí complicado era contar tú vida [énfasis]...abrir tu vida...Y fue tan terrible Pilar, porque [...] cuando yo hablaba...la psicóloga que me trataba, no me hablaba [...] No me hablaba, y tenía como...yo hablaba, y te miraba. Y yo no sabía si...qué decir

[tono de desesperación]. No sabía qué hablar, no sabía cómo actuar...Era como...como irme y arrancar [...]” [Consultante 3; Laura: 13].

En este sentido, “el no saber cómo actuar” de Laura se articula en sintonía con los prejuicios de lo terapéutico trabajado por Morales et al. (2012). Para estos autores, los consultantes sostienen la idea del terapeuta experto en tanto agente de cambio. Lo cual implica la ignorancia de quien acude a terapia y la legitimación del terapeuta como experto que gestiona todo lo que ocurre en ese espacio particular: los tiempos, la estética, la relación, etc. Por lo tanto, surge así una distancia entre quien consulta y quien atiende, en la que el primero de los actores, queda supeditado a una relación jerárquica en que el otro designa qué y cómo hacerlo.

Así también, la distancia aparece en torno al saber, son otros los que saben que la psicoterapia va a servir, son los terapeutas quienes saben hacer su trabajo, y no hay lugar para cuestionar o decir. Existe además, un cierto silencio cómplice, que da por supuesto que quien llega a terapia sabe de antemano las reglas del juego que se juega. De este modo, dicha distancia acaba por jugar en contra de aquello que se busca conseguir, impidiendo sentir propio lo ajeno del lugar de la terapia.

Por lo tanto, esta distancia apunta también a la posibilidad de generar cierta cercanía, de hacer familiar un contexto que en tanto se desconoce, se diluye y se escapa. Asoma así la oportunidad de construir junto con el consultante una *familiarización del espacio* de la psicoterapia, tal como fue abordado en el capítulo anterior, en donde otro pueda, ya sea mediante la derivación u otro medio dar cuenta de aquello que intriga, que no se sabe de la psicoterapia. No dando por supuesto que el otro debe saber, o no. Se trata de transparentar las reglas del juego que se invita al otro a jugar. Y tal vez, el acceso que se ofrece, sea tomado por los consultantes. Sintiendo estos últimos, que también les compete y corresponde jugar ese juego. Si no, la distancia establecida genera una lejanía con el espacio que resulta insorteable.

En este último punto, además, se juegan las condiciones de igualdad para que la demanda por la atención psicológica pueda entonces llegar a pronunciarse desde la voz

del consultante. No como adelanto a la necesidad, un anteponerse por parte de otro, sino como alternativa propia. Manifestando así, que ellos son sujetos de esa oferta de atención y no receptores pasivos de esta propuesta. Por lo tanto, volviendo al trabajo de Morales et al. (2012), sería posible cuestionar esa pasividad del consultante, en donde son otros los que establecen las condiciones y reglas que rigen el espacio psicoterapéutico. Ahora bien, en este escenario, cabe la pregunta respecto de las posibilidades del surgimiento de ese decir desde el consultante. Puesto que en ellas, también se establecen ciertas condiciones referidas a las posibilidades de autonarración y reflexión propias del mundo “burgues”, que estarían siendo promovidas por el dispositivo de Montesana. En este sentido, la propuesta de Arfuch (2002) del espacio biográfico como “un espacio de autorreflexión decisivo para el afianzamiento del individualismo” (p.34) estaría en sintonía con esta idea. Donde entonces se privilegiaría ese modo, individual, acorde con los tiempos que corren.

VIII. A modo de cierre

“Un libro está escrito para servir a usos no definidos por quien los ha escrito...”
Michel Foucault.

Proponer que la salud mental deba ser un derecho y no un lujo, difícilmente sería una afirmación con la que alguien no estaría de acuerdo. Especialmente, si se considera la precaria situación en que se encuentra el ámbito de la salud mental en nuestro país, particularmente en el sector público. En este último, los recursos escasos, sumado a lógicas de mercado capitalistas han situado al individuo como único responsable de su bienestar, bajo el supuesto individualista que todo cuanto ocurre y nos ocurre, comienza y termina en la propia persona. El Estado ha quedado relegado a un organismo que se encarga de proveer oportunidades, más que asegurar derechos, favoreciendo una desresponsabilización de su actuar, quedando lo social referido a una acción individual más que colectiva. Todas estas condiciones han incidido en la manifestación de un creciente estado de malestar, en que los índices epidemiológicos de enfermedades mentales han aumentado considerablemente, y donde la gente no obtiene respuesta a aquello que le aqueja, si no es por medio de su propio actuar. Pero, no se consideran las condiciones que organizan aquella supuesta libre acción. Ante tal escenario, surge entonces la inquietud por estudiar el dispositivo psicoterapéutico de Montesana, que nace como una respuesta ante aquel malestar.

La Fundación Montesana se ha propuesto y trabajado durante ya varios años, en una alternativa de dispositivo psicoterapéutico que busca facilitar el acceso a psicoterapia, a quienes no pueden costearla, por motivos económicos. En esa línea, la presente investigación intentó dar cuenta del dispositivo psicoterapéutico que allí se despliega, considerando los discursos, prácticas y condiciones de posibilidad que de éste se desprenden. Lo anterior, a fin de esbozar qué posible respuesta es la que bajo estas condiciones se entrega, en qué medida se configura como alternativa ante la situación de la salud mental actual, y en qué medida contribuye a su reproducción.

Al respecto, cabe mencionar que dada la vastedad de consideraciones que se dibujan, se articularon los resultados en base a dimensiones que permitieron reflexionar

en torno a esta propuesta. En primer lugar, aparecen una serie de tensiones en torno a una institución que oscila entre lo invisible y lo visible, en donde los actores involucrados denuncian una ausencia, que se traduce en una falta de compromiso, de presencia por parte de la institución. Dado que los terapeutas buscan mediante su participación, cierta legitimidad profesional, esperan un respaldo de su labor, que resulta oscilante. Asimismo, Montesana emerge como lugar que posibilita la formación profesional, desdibujándose así, el lugar de los consultantes. La presencia de éstos últimos se pierde, se diluye y pareciera que la institución responde más a los intereses de uno de sus actores, a saber, los terapeutas y las organizaciones sociales que a ella se vinculan. Los consultantes quedan en un lugar secundario, para ellos Montesana ni siquiera resuena en su experiencia, demostrándose así una cierta inversión de la demanda. Los terapeutas están más interesados en atender, que los consultantes en ser atendidos. Evidenciándose en dicha inversión, uno de los elementos más significativos de este dispositivo. Porque en su operar, se pierde la voz de quienes se busca beneficiar, bajo el supuesto que la oferta basta por sí misma para generar la oportunidad y tomarla.

No obstante, tras el silencio de los consultantes se devela más que una falta de oportunidad, aparece además, la reproducción de cierto discurso social en que los consultantes no tendrían mucho lugar para decir, sino para ser dichos por otros que saben y ofrecen lo que suponen va a servir; otros que vehiculizan un saber. Estos terceros significativos son los que impulsan y promueven la terapia, ya que en su experiencia es lo que corresponde como medio de ayuda, lo que ellos tienen a la mano como alternativa. Dejando de lado la reflexión en torno a la misma, pensando que el modo burgués de psicoterapia es absolutamente replicable y deseable para todos. Sin considerar cómo y dónde se desenvuelve la oferta, a quiénes se dirige y bajo qué circunstancias.

Los terapeutas por ejemplo, además de buscar retribuir con su trabajo a quienes no cuentan con esta oportunidad, atribuyen gran importancia a obtener formación y experiencia. En consecuencia, aquello designado como un derecho -la salud- se funde con otras condiciones que tienen que ver con la retribución que obtendría el terapeuta en este recorrido, la formación por ejemplo. Además, ese eventual derecho estaría determinado

por oportunidades individuales, de estar o no estar disponible a ojos de terceros que deciden, que condicionan. Teniendo los consultantes que ajustarse a ese modo, a esas condiciones, planteado la interrogante de las implicancias de dicho ajuste.

Por otra parte, se manifiesta una importante tensión entre la lógica laboral y la lógica del voluntariado que atraviesa la experiencia tanto de terapeutas como de consultantes. Ambas lógicas puestas en juego entran en pugna, se confunden y coexisten. Se establecen condiciones poco claras, estando los terapeutas dispuestos a atender a bajo costo, siguiendo la lógica de la retribución, y al poco andar suben la tarifa, colándose así la premisa laboral que justifica una remuneración por el quehacer realizado. Asimismo, los consultantes reconocen sus limitaciones económicas, y la señalan como condicionante para asistir a terapia, pero en tanto se sienten conformes con el trato recibido ofrecen aumentar el pago, evidenciando la lógica del valor, literal en este caso, del trabajo bien hecho.

Así, se instala en este dispositivo un complejo entramado, en que el dinero materializa la lógica puesta en juego en la relación terapéutica que surge. Ya no es sólo aquella condición necesaria para ir a terapia, puesto que ésta es sorteable, dejando en entredicho el supuesto que moviliza a Montesana. Sino que éste hace visible esas lógicas en traslape, que acaban por afectar la relación y el espacio terapéutico que se construye. En los terapeutas, genera cierta molestia por el exiguo pago recibido, por el esfuerzo invertido que no se recompensa. Así también, en el caso de los consultantes, esa tensión aparece entre no poder pagar y aumentar el pago. Forjándose confusión de ambas partes, en donde estos elementos pasan a tener un protagonismo tal, que dificulta que se establezcan condiciones para una relación que promueva la apertura, la confianza y la generación de espacio para la reflexión de uno mismo. Lo anterior, ya que la preocupación está en otro lugar, no en la relación en sí, sino en lo que se obtiene de ella, estableciéndose una suerte de instrumentalización en la que el otro se pierde de vista en su singularidad (Pakman, 2010).

Por otra parte, en este particular contexto, emerge una micropolítica de la psicoterapia que revela una distancia entre terapeutas y consultantes que va más allá de

las dimensiones geográficas, que pasa por el desconocimiento, por no saber qué es lo que ocurre en el espacio psicoterapéutico. Éste se torna un espacio misterioso, que se cree reservado para otros. Entonces, ese espacio no se piensa como alternativa para resolver las propias dificultades, al menos no de parte de los consultantes. La psicoterapia aparece como parte del universo de los educados, de aquellos que saben, que han tenido la experiencia, que manejan el lenguaje y la estética de esa conversación. Los consultantes a los que Mentosana apunta, no pertenecerían a este mundo, lo sienten un lugar raro, extraño, donde no se sabe cómo actuar ni qué decir.

Así, el dispositivo de Mentosana se configura como una respuesta a la salud mental en nuestro país, que aparece como perteneciente al repertorio de cierta clase social que aprende sobre esos modos, el lenguaje psicológico, los problemas como manifestaciones internas, y una administración de la individualidad propia de la modernidad. En consecuencia, la respuesta pasa por sumarse y adherir a ese formato. Como si para acceder a salud mental existiese sólo una ruta posible, la de los educados. Bajo estas condiciones Mentosana articula un dispositivo que asiste a cierta modernización de las subjetividades, insertándolas en el universo de lo “psico”, generando en el decir de Foucault (1975/2008), cuerpos dóciles. Estas disciplinas asumen una función reproductiva de ciertas prácticas dominantes respecto del control de los cuerpos. De este modo, se actúa sobre ellos, a fin de adecuarlos a ciertas normativas sociales (Morales, 2010). Entonces, cabe la pregunta por las posibilidades de resistencia en este despliegue ¿O simplemente se da un disciplinamiento hacia un cierto tipo de discursos y prácticas, concebidas como las adecuadas en determinada época? En el contexto socio, político y económico más amplio: ¿es posible adjudicar a Mentosana toda la responsabilidad de su propuesta? Es posible aventurar que la respuesta que se configura no puede más que articularse dentro de determinados márgenes. Lo relevante, es poner el foco en las resistencias y alternativas, que aún bajo estas condiciones aparecen.

Una alternativa posible, sería abogar por un acercamiento de lo que significa una terapia para futuros consultantes, no sólo en términos de pago, sino también en términos de apropiarse de un espacio, en que ya no se responda a otro significativo, como suele

ocurrir. No obstante, el dilema que aparece, está en que aquella familiarización con los modos de abordar la salud mental, pasaría por ingresar a un entramado como el antes descrito, en que se impone un modo y la oferta se dibuja en esos términos. Surgiendo la pregunta si acaso vale la pena trazar ese dibujo. ¿Están dadas las condiciones para que una problemática de envergadura tal como la salud mental pase por una práctica inclusiva hacia un tipo de terapia que hasta ahora era privilegio de unos pocos?, ¿Por qué no, si ésta demuestra ser favorable?

Claro está que existen condiciones materiales que nos exceden y que organizan las formas de nuestra vida, y en ese sentido, la propuesta de Montesana, o cualquier otra alternativa, es limitada, y evidentemente, excede sus posibilidades abarcar todas las dimensiones involucradas. Pero, no por eso se va a tomar cualquier posibilidad, a falta de alguna otra. Cuando se trata del trabajo con personas, con su intimidad y sufrimiento puesto en juego, las decisiones deben considerarse en profundidad, en su amplio espectro. Pero al menos, esta institución está pensando en modos de abordar una situación compleja que evidentemente desde las autoridades ha quedado en deuda.

En este espíritu, a pesar de todo, este dispositivo da lugar a que ocurra algo de otro orden. Que tiene que ver con aquello que con insistencia es defendido por los consultantes y terapeutas que participan de esta institución. En tanto lo que allí sucede, tiene que ver también con un vínculo que se establece con el otro, que es fundamental, tanto antes de ingresar, con quien deriva, como al inicio de la terapia misma, para que los consultantes puedan apropiarse de ese espacio y establecer un lugar propicio para el decir. En este sentido, hay algo que surge a través de Montesana que vale la pena, que es rescatado más allá de cualquier otro ámbito problemático. Por ejemplo, cuando se logra cierta singularidad del espacio psicoterapéutico, se hace posible la generación de condiciones para un “cuidado de sí” como práctica de resistencia, como señala Foucault (1996). Abriendo lugar para algo que antes no estaba, que no podía ser dicho, se hace posible el nacimiento de un intervalo de tiempo diferente donde quienes de él participan, logran esa diferencia en el modo como habían venido siendo.

Se trata de una apertura en la subjetivación dada por una experiencia que no se puede, en muchos casos, referir con palabras. Que tiene que ver con el surgimiento de ciertos eventos poéticos, que posibilitan la fuga de esos guiones dominantes que nos rigen (Pakman, 2010). Así, la terapia permite mediante el diálogo y la construcción conjunta entre terapeuta y consultante, que nuevos “guiones” puedan surgir. No en manos de un “experto” que los conozca de antemano, sino como articulación conjunta de ese momento particular que emerge en el encuentro terapéutico.

Precisamente en el punto anterior, reside aquello que Montesana como institución debiese impulsar. Pero la paradoja de aquello, es que justamente allí donde está su mayor apuesta, reside también su mayor riesgo: que ese espacio sucumba a los relatos dominantes y que la terapia se vuelva una experiencia que reproduce y mantiene un status quo de aquello que se busca transformar. Sumado, además, a que las condiciones de posibilidad para llegar a esa alternativa de resistencia, sean a costa de todo un despliegue previo en que se debe ser un tipo particular de sujeto, aquel que se adecúa a las lógicas dominantes de privatización e individualidad.

Entonces, bajo el complejo escenario que se revela, una alternativa es que Montesana abogue por dar un lugar prioritario a aquellas condiciones previas a la llegada a terapia. Aquí se pone en juego el modo en que el consultante es visto en relación a su pesar: como alguien que tiene algo que decir, que participa en aquello que le ocurre, y no simplemente como aquel que le compete recibir una oferta impuesta por otro, sumido en un silencio en donde su voz no tiene lugar para decir y hacerse escuchar, sin considerarse sujetos de esa alternativa. Y en tanto aquello ocurra, se podría entonces promover un acceso, más que imponerlo o adelantarlo.

Otra reflexión relevante dice relación con los modos que toma el dispositivo: ¿Es la psicoterapia en su versión privada, la única manera de facilitar espacios de cuidado de sí? Parece ser que bajo las lógicas imperantes del Chile contemporáneo, en donde todo tiende a la privatización y la responsabilidad individual, las posibles respuestas apuntan a ese modo, a esa forma, como respuesta viable. Como si no se pudiese responder de otro

modo. Siendo el dispositivo de Montesana en sí mismo, ejemplo de ello. Queda así planteada la inquietud acerca de otras posibles respuestas.

Ahora bien, dentro de las limitaciones que de esta investigación se desprenden, surge la especificidad del dispositivo estudiado y sus alcances en otros contextos. Así como también, la edad de los participantes ya que terapeutas y consultantes de mayor edad no fueron incluidos. Esto último, instala la interrogante respecto de qué ocurre con este tipo de iniciativas cuando elementos tan determinantes como el formativo ya está resuelto, en el caso de los terapeutas. O considerar qué sucede con la demanda de atención de consultantes de más edad, u hombres, quienes no lograron ser reclutados para la presente investigación. Asimismo, se podrían estudiar aquellos casos de deserción en los que el proceso psicoterapéutico no llega a instalarse, a fin de ahondar en aquellas razones que distancian a potenciales consultantes de la psicoterapia, más allá de las razones esbozadas aquí, ampliando el panorama propuesto.

La respuesta que se asoma desde la vereda de Montesana, se encuentra todavía en un inestable proceso, que transita entre una lucha por que los consultantes asistan, los discursos dominantes y una institución que aún está definiendo su horizonte de trabajo. Proceso en el que se generan importantes tensiones entre los distintos ámbitos, que aún deben reflexionarse con mayor detención. La presente investigación pretende iluminar precisamente en esta dirección. Así como también, aportar respecto de los alcances en torno a los dispositivos psicoterapéuticos que se generen en los diferentes contextos privados y públicos de atención, donde los sujetos puedan no responder únicamente a una micropolítica acorde con el gobierno de turno, sino como posibilidad transformadora de quienes de ellos participan, y las diversas formas que éste pudiese adoptar.

IX. Referencias Bibliográficas

- Aceituno, R., Miranda, G. & Jiménez, A. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Revista Anales, séptima serie N°3*, pp. 89-100.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Arfuch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Andrews, M., Squire, C. & Tamboukou, M. (2008). *Doing Narrative Research*. SAGE Research Methods Online.
- Bajtín, M. (1979/2003). *Problemas de la poética de Dostoievski*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bakhtin, M. M. (1981/2004). *The Dialogic Imagination: Four Essays*. USA: University of Texas Press.
- Baricco, A. (1999). *Océano mar*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bauman, Z. (2010). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Paidós.
- Benveniste, E. (1966/2010). *Problemas de lingüística general. Tomos I y II*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Besoain, C. (2012). *Vivienda Social y Subjetividades Urbanas en Santiago: Espacio Privado, Repliegue Presentista y Añoranza*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Bruner, J. (2004). *Life as Narrative*. New School of Social Research. Vol 71. N°3.
- Bubnova, T. (2006). Voz, sentido y diálogo en Bajtín. *Acta Poética* 27 (1), 97-114.

- Castro, R. (2008). *Foucault y el cuidado de la libertad. Ética para un rostro de arena*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Cornejo, M., Besoain, C. & Mendoza, F. (2011). Desafíos en la generación de conocimiento en la investigación social cualitativa contemporánea. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 12(1), Art. 9, <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs110196>.
- Corporación Mentasana (2009) Extraído el 20 de Diciembre de 2009, de <http://www.mentasana.cl>.
- Corporación Mentasana (2012) Extraído el 17 de Agosto de 2012, de <http://www.mentasana.cl>.
- Cornejo, C. (2006). Psychology in times of anti-mentalism. *Social Practice/Psychological Theorizing*, Article 3. Extraído el 11 de Diciembre, 2011, de <http://sppt-gulerce.boun.edu.tr/articles.htm>.
- Denzin, N. (2001). The Reflexive Interview and a Performative Social Science, *Qualitative Research*, 1 (19), 23-46.
- Foucault, M. (1970/2008). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica Vol.III*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (1996). *Hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Editorial Altamira.
- Foucault, M. (1976/2009). *Historia de la Sexualidad Volumen 1.La voluntad de saber*. España: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1984/2009). *Historia de la Sexualidad Volumen 3. El Cuidado de sí*. España: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2009). *La Hermenéutica del Sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura económica.

- Foucault, M. (1991). *Saber y Verdad*. Madrid: Las ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (2008). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza Editorial/Materiales.
- Foucault, M. (1975/2008). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Argentina: Siglo XXI Editores S.A
- Fried Schnitman, D. (1995). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Gálvez, F. (2010). Formación, deformación, deconstrucción para una clínica atenta. En Gálvez, F (Comp.) *Formación en y para una Psicología Clínica* (pp. 45-67). Santiago: Universidad de Chile.
- Gupta, M. (2007). Does evidence-based medicine apply to psychiatry? *Theoretical Medicine and Bioethics* 28:103-120.
- Iñiguez, L. (2003). *Análisis del discurso. Manual para las Ciencias Sociales*. Barcelona: Editorial UOC.
- Jiménez, A. & Radiszcz, E. (2012). *Salud Mental en Chile: la otra cara del malestar social*. Extraído el 10 de Diciembre de 2012, de <http://www.ciperchile.cl>.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de Posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación* N° 7: 19-39.
- Le Breton, D. (2012). *La edad solitaria. Adolescencia y Sufrimiento*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- López-Lago, L (2009). Instituciones esponjosas: análisis desde la teoría sociológica y propuestas etnográficas para el análisis institucional en el capitalismo tardío de la última generación. *Teoría y Praxis* 14: 79-94.

- Magaña, I. & Loubat, M. (2010). Psicología, salud mental y salud pública: una mirada panorámica histórico-crítica. (Eds.) *Notas históricas de la psicología en Chile* (pp.193-213). Santiago: Editorial Universitaria.
- Medina, J.L., Cléries, X, Nolla, M (2007). *El desaprendizaje: una propuesta para profesionales e la salud críticos*, *Educación Médica*, 10 (4), 209-216.
- Ministerio de Salud [MINSAL], Unidad de Salud Mental (2010), *Plan Nacional de Salud mental y psiquiatría*, Santiago, Chile.
- Minoletti, A. & Zaccaria, A (2005). *Plan Nacional de Salud menta en Chile: 10 años de experiencia*. Extraído el 4 de Diciembre, 2011, de <http://www.scielo.cl>.
- Morales, R., Rojas, C., Soto, A., Cajas., González, C., Hidalgo, K, Pizarro, D., Silva, A., Varela, C. (2012). *Los prejuicios respecto de lo terapéutico en el discurso de consultantes de Centros de Atención Psicológica de Universidades de la Región Metropolitana*. Manuscrito en preparación. Santiago: Universidad Alberto Hurtado, Escuela de Psicología.
- Morales, R. (2011). *Poder, Subjetividad y Psicoterapia: Alcances y Consideraciones desde la analítica foucaultiana hacia una política de la resistencia*. Tesis de Magister para la obtención del grado académico de Magister en Filosofía, mención Metafísica. Escuela de Postgrado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Morales, R. (2010). *Psicoterapia Sistémica, Micropolítica y Subjetividad. Alcances en torno a la formación*. En Gálvez, F (Comp.) *Formación en y para una Psicología Clínica* (pp. 45-67). Santiago: Universidad de Chile.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pakman, M. (2010). *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.
- Pessoa. F. (2004). *Máscaras y paradojas*. España: Edhasa.
- Pol Droit, R. (2008). *Entrevistas con Michel Foucault*. Buenos Aires: Paidós.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (1998). *Informe de desarrollo humano en Chile. Las paradojas de la modernización*. Extraído el 28 de Octubre, 2012, de <http://www.desarrollohumano.cl/informes.htm>.

Psicólogos Voluntarios de Chile (2012). Disponible en www.psicologosvoluntarios.cl.

Quintana de Uña, D. (2004). *El Síndrome de Epimeteo. Occidente la Cultura del Olvido*. Chile: Editorial Cuarto Propio.

Rancière, J. (1940/2009). *El Reparto de lo sensible. Estética y política*. Santiago: LOM Ediciones.

Rancière, J. (1998/2010). *En los bordes de lo político*. Buenos Aires: Ediciones La Cebra.

Román, O. y Muñoz, F. (2008). *Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos*. Extraído el 19 de Diciembre, 2011, de <http://www.scielo.cl>.

Rose, N. (1991). Power and Subjectivity: Critical History and Psychology. *Academy for the of thePsychoanalytic Arts*, [http:// http://www.academyanalyticarts.org/rose1.htm](http://http://www.academyanalyticarts.org/rose1.htm).

Shotter, J. (2001). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: la relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, 7, 114-136.

Sisto, V. (2009). Transformaciones sociales, individualización y subjetividad. Una mirada desde Iberoamérica a los cambios que están marcando nuestro tiempo. *Psicoperspectivas*, 8 (2), 1-11.

Spink, M. (2010). Psicología social y salud: asumir la complejidad, *Quaderns de Psicologia*, Vol 12, No 1, 23-39.

Un Techo (2012). *Misión/Visión-Valores*. Extraído el 2 de Diciembre de 2012, de www.techo.org.

Valsiner, J. & Van der Veer, R. (2000). *The Social Mind: Construction of the Idea*. Cambridge: Cambridge University Press.

White, M & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

World Health Organization [OMS] (2004). *The world health report 2004. Changing history*. France.

X. Anexos

1. Anexo: guión temático entrevistas.

1. Recorrido del Relato

- ¿Por dónde empieza?
- ¿Cómo lo articula?
- ¿De qué manera cierra el relato?
- ¿A qué le da énfasis?
- ¿Qué deja fuera?

2. Discursos Dominantes de la Experiencia Psicoterapéutica

- ¿Qué elementos releva de su experiencia en terapia?
- ¿Qué se defiende y qué se critica?
- ¿Qué elementos no son considerados en el relato?

3. Momentos de Singularidad Poética en el Proceso Psicoterapéutico

- ¿Qué momentos son considerados significativos dentro del proceso psicoterapéutico?
- ¿Qué les otorga dicha cualidad?
- ¿Cómo se describen aquellos momentos?
- ¿Qué ocurre allí?

2. Anexo: Cuaderno Reflexivo Investigadora.

Identificación del Caso:

Participante:
Seudónimo:
Fecha Encuentro:
Duración del Encuentro:
Lugar encuentro:
Edad y Ocupación:
Entrevista y Transcriptor: Pilar Cuevas.

Condiciones de Producción

Contacto: cómo fue el proceso de contacto previo a la entrevista, la lectura del consentimiento, etc.
Consideraciones del lugar del encuentro.
Cierre: Despedida y comentarios luego de cortar la grabación.

Contexto de Interlocución

Del Participante:
¿A quién le narra la historia?
Contenido y forma que adquiere el relato.
Consideraciones no verbales (gestos, tono emocional, corporalidad).
Sobre la Investigadora:
Forma de Preguntar.
Experiencia durante el encuentro (dificultades, fluidez, etc.).
Consideraciones no verbales (gestos, tono emocional, corporalidad).

Elementos para el Análisis

Consideraciones respecto del guión temático:

- Recorrido del Relato.
- Discursos dominantes sobre el proceso terapéutico.
- Momentos de singularidad poética.

Sugerencias para próxima serie de entrevistas:

3. A continuación, se anexa el consentimiento que fue construido para realizar las entrevistas a los terapeutas y consultantes de la Fundación Mentasana.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado/a a participar en una investigación, que busca conocer la historia de personas que han recibido o entregado atención psicológica a través de la Fundación Mentasana. Esta investigación está a cargo de Pilar Cuevas, psicóloga de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

La participación en esta actividad es totalmente voluntaria. Ésta contempla asistir y participar en un encuentro entre usted y la investigadora, de aproximadamente una hora y media de duración, en un lugar que usted decida como conveniente. Estos encuentros serán grabados y posteriormente transcritos por la investigadora.

Es importante destacar que no existe ningún beneficio directo por participar en este estudio, y como participante tiene el derecho de suspender en cualquier momento su participación en el encuentro si así lo estima conveniente; sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún prejuicio para usted. Además, tiene el derecho de no responder ciertas preguntas si lo considera pertinente.

Esta investigación y sus objetivos son autónomos e independientes de la Fundación Mentasana, a través de la cual lo contactamos. Sus miembros no tendrán acceso a los datos generados en ningún momento de la investigación. Sólo podrán tener acceso a los resultados finales, los que se presentarán de manera general, eliminando cualquier información personal y de contexto que permita su identificación.

Es así como toda la información generada a partir de su participación será confidencial y anónima. La historia que cuente será identificada con un seudónimo, la información será almacenada cuidadosamente y discutida en privado, y no será conocida por personas ajenas a la investigación. Los resultados serán publicados, en artículos o comunicaciones científicas, eliminando cualquier información que permita la identificación de los participantes.

Declaro que he leído el presente documento, se me ha explicado en qué consiste el estudio y mi participación en el mismo, he tenido la posibilidad de aclarar mis dudas y

tomo libremente la decisión de participar en el estudio. Además se me ha dado entrega de un duplicado firmado de este documento.

Acepto participar en el presente estudio _____
(Nombre y firma)

Investigadora _____

Fecha: _____

Si tiene preguntas respecto a esta investigación, puede contactarse con la investigadora Pilar Cuevas (celular: 09-3456174 mail: mlcuevas@uc.cl).