



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**LOS DISCURSOS DE TERAPEUTAS SISTÉMICOS/AS RESPECTO DE LA
PRÁCTICA CLÍNICA CON CONSULTANTES LGBT, EN CONTEXTOS DE
ATENCIÓN PÚBLICA EN LA CIUDAD DE SANTIAGO**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

PÍA FRANCISCA VALLEJO LAIZ

Profesor Guía:

Claudia Rojas Awad

Informantes:

Carolina Castruccio Álvarez

Felipe Gálvez Sánchez

Santiago de Chile, año 2020

**LOS DISCURSOS DE TERAPEUTAS SISTÉMICOS/AS RESPECTO DE LA
PRACTICA CLÍNICA CON CONSULTANTES LGBT, EN CONTEXTOS DE
ATENCIÓN PÚBLICA EN LA CIUDAD DE SANTIAGO.**

RESUMEN

La presente investigación de tipo cualitativo, se propuso describir y analizar los discursos de terapeutas sistémicos/as respecto a la práctica clínica con consultantes LGBT, en contextos de atención pública en la ciudad de Santiago. A través de la realización de entrevistas cualitativas abiertas y el procedimiento de Análisis Crítico de Discurso, se identificaron discursos predominantes de los terapeutas respecto de distintos elementos de la práctica clínica con consultantes LGBT: el discurso de la heteronorma, el discurso de los Derechos Humanos de las personas LGBT, el discurso de la autoobservación del propio operar como ética, el discurso del cuidado de sí y el discurso de la estabilidad e inteligibilidad de la orientación sexual y la identidad de género LGBT.

PALABRAS CLAVE

Discursos de terapeutas, Psicoterapia LGBT, Análisis Crítico de Discurso, atención Pública de Salud.

AGRADECIMIENTOS

A Pablo, por sostener y confiar

A Elisa, por existir

A Claudia y Analía, por su infinita sororidad

A Rodrigo, por la inspiración

A Felipe, por su apoyo irrestricto.

La realización del Programa de Magíster que tuvo como fruto la presente investigación, fue financiada por CONICYT-PCHA/Magíster Nacional/año 2016 – folio: 22161965.

“Una crítica no consiste en decir que las cosas no están bien como están. Consiste en ver sobre qué tipo de evidencias, de familiaridades, de modos de pensamiento adquiridos y no reflexionados reposan las prácticas que se aceptan. La crítica consiste en desemboscar ese pensamiento e intentar cambiarlo, mostrar que las cosas no son tan evidentes como se cree. Hacer crítica es volver difíciles los gestos demasiado fáciles.”

Michel Foucault, 1981.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1. ANTECEDENTES	4
1.1 Diversidad Sexual y avances legislativos	4
1.2. Salud Mental LGBT	4
1.2.1 Atención en Salud Mental como contexto vulnerador: prácticas en el contexto psicoterapéutico obstaculizadoras del acceso a Salud Mental.	7
1.2.2 Situación de la Salud Mental LGBT y su atención en Chile	8
1.3. Discurso y poder en Psicoterapia LGBT	11
1.3.1 Escenarios discursivos sobre la Diversidad Sexual	12
1.3.2 Impacto de los discursos en el ámbito clínico	15
2. PROBLEMATIZACIÓN	17
3. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL PROBLEMA	18
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	21
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
OBJETIVO GENERAL	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
MARCO TEÓRICO	22
4. DISCURSO, PSICOTERAPIA Y PODER	22
4.1 Foucault: La Psicoterapia como discurso y el Poder como relación .	22
4.2 La Psicoterapia y el Poder desde las perspectivas de la Psicología Crítica	25
4.3 Psicoterapia y Poder desde la Perspectiva sistémica	30
5. PSICOTERAPIA Y DIVERSIDAD SEXUAL DESDE UNA PERSPECTIVA CRÍTICA	32
5.1 Contribuciones de la Teoría Queer	32
5.2 Contribuciones desde la sistémica posmoderna	35
MARCO METODOLOGICO	37
1. POSICIONAMIENTO EPISTEMOLÓGICO	37
2. ENFOQUE	40

3. TIPO DE INVESTIGACIÓN	41
4. MÉTODO.....	41
5. UNIDADES DE INFORMACIÓN, CRITERIOS DE SELECCIÓN E INMERSIÓN EN EL CAMPO.....	42
6. TÉCNICA DE PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN.	43
7. TÉCNICA DE ANÁLISIS	45
8. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	46
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
RESULTADOS	50
1. FASE DESCRIPTIVA	50
2. FASE ANALÍTICA INTERPRETATIVA	76
3. FASE INTERPRETATIVA CRÍTICA	92
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	101
BIBLIOGRAFÍA.....	105
ANEXOS.....	1
ANEXO 1.	1
Pauta temática entrevista en profundidad	1
ANEXO 2.	3
Trascripción Entrevistas.....	3
Entrevista 1	3
Entrevista 2	35
Entrevista 3	60
Entrevista 4	80
ANEXO 3	113
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	113

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se propone dar cuenta de los discursos que terapeutas sistémicos que se desenvuelven en el contexto de la institución de Salud Pública respecto de la Psicoterapia con consultantes LGBT.

El escrito se estructura comenzando con la presentación del problema de investigación, entregando antecedentes teóricos e investigativos para contextualizar el surgimiento de la pregunta que guiará el acercamiento al texto, dando pie a la formulación de los objetivos generales y específicos.

Posteriormente se presentará el corpus de teorías que en conjunto articulan la base teórica desde la cual se realizará el ejercicio interpretativo de la investigación.

Luego de ello, se presenta el marco metodológico donde se detallan los pasos a seguir para poder identificar, describir y analizar los discursos. Posteriormente, se presentarán los resultados del Análisis Crítico del Discurso organizados según los pasos analíticos propuestos por Parker (1996). Esto a su vez permitirá de cierta forma transparentar el proceso analítico de la investigadora, dando cuenta de las asociaciones y reflexiones que emergieron en el proceso. Todo ello junto a citas tomadas de las entrevistas que apoyan y complementan la lectura. Posteriormente se presentan las conclusiones del proceso analítico, organizadas en torno a dar cuenta de los objetivos específicos, y centrados no en lo que los/las terapeutas sienten o piensan, o qué los tensiona; sino cuáles son los discursos que reproducen, se contraponen, concuerdan entre sí y cuáles son sus efectos en términos de aquello que permiten, sancionan, promueven, reproducen o subvierten.

Para finalizar, se proponen algunos temas de discusión que intersectan las propuestas teóricas utilizadas y los resultados del análisis, delineando las limitaciones, cabos sueltos y desde ahí posibilidades que haya dejado el análisis.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. Antecedentes

1. 1 Diversidad Sexual y avances legislativos

En las últimas décadas, se han evidenciado tanto a nivel del Derecho Internacional como en nuestro país avances legislativos que buscan garantizar los Derechos Humanos de las personas LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero). Estos hitos e iniciativas dan cuenta de un paulatino reconocimiento social hacia orientaciones sexuales e identidades de género diversas desde un enfoque de Derechos. El aumento en la visibilidad de esta comunidad y sus demandas han sido fruto de un debate aún en desarrollo, signo de un proceso de cambio social que- aunque lento y en tensión- busca deconstruir ciertas ideologías que hasta el día de hoy sustentan prácticas de exclusión social y vulneración hacia esta población.

En el contexto chileno, diversos hitos y avances legislativos con miras al reconocimiento social, integración y protección de derechos de las minorías sexuales han tenido lugar en distintas esferas. Destacan la Ley de no discriminación o “Ley Zamudio” (2012), el Acuerdo de Unión Civil (2015), la Vía clínica para la adecuación corporal de personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género (2010), y la reciente Ley de Identidad de Género (2018).

1.2. Salud Mental LGBT

En el ámbito de la Salud, actualmente existiría la intención por parte de ciertas instituciones de superar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población LGBT, la cual experimenta desigualdad en cuanto al acceso y utilización de estos servicios en todos los países del mundo (OPS, 2013). Dentro

de los factores más significativos que devienen en obstaculizadores de dicho acceso, se encuentran la falta de información y preparación por parte del personal y profesionales respecto de temáticas LGBT (OPS, 2013), y las características heteronormativas de las Políticas Públicas, las cuales se traducen en barreras administrativas y en muchas ocasiones en maltrato institucional (Carrizo, 2015). Esta situación se tornaría especialmente recurrente en el caso de las personas género-variantes o que no presentan conformidad con su sexo de nacimiento quienes- según la literatura- son las más susceptibles de recibir un trato discriminatorio en los servicios de salud dentro del espectro LGBT (Bostwick, 2014).

En el ámbito de la Salud Mental, se distinguen igualmente esfuerzos institucionales por expandir consensos respecto a la no patologización de orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Con esta intención, APA crea la División 44¹ en 1985, con el objetivo de desarrollar investigación y formación en Diversidad Sexual, y definir lineamientos para una psicoterapia culturalmente competente con población LGBT desde la no patologización y la no discriminación (De León, 1998; APA, 2012). Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud retira en 2018 la categoría Transexualidad del Manual de Trastornos Mentales CIE-11, pasando a denominarse Incongruencia de género, buscando integrar un malestar significativo entre el sexo y el género asignados (WHO, 2018).

No obstante, y pese a dichos avances, para la población LGBT, la barrera en el acceso a Salud descrita anteriormente también está presente en el campo de la Salud Mental. Las personas LGBT frecuentemente experimentan dificultades en encontrar y recibir psicoterapia acorde a sus necesidades (Tomicic y cols., 2016).

Adicionalmente, según la Organización Panamericana de la Salud (2013), las personas LGBT presentan- en comparación a las personas heterosexuales y

¹Desde 2017 se denomina Society for the Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity.

cisgénero² - mayores tasas de depresión, ansiedad, suicidio, y consumo problemático de alcohol y drogas, generando una mayor demanda de los servicios de salud mental (Cochran, 2001; Tomicic y cols., 2016).

Esta prevalencia elevada de problemas de salud mental ha sido identificada como resultado del estrés que experimentan los grupos minoritarios (Meyer, 2003; Barrientos, 2017; Tomicic y cols. 2016). Meyer (2003) desarrolla el modelo de “Estrés de Minorías”, desde el cual sostiene que los miembros de un grupo desvalorizado socialmente, como es el caso de las minorías sexuales (entre otras), están expuestos a mayores y adicionales estresores en comparación a los sujetos pertenecientes a grupos sociales aventajados, sólo por el hecho de pertenecer a éstos. Estos estresores tendrían la particularidad de ser crónicos y trascender a las conductas individuales de los sujetos, tratándose más bien de fenómenos sociales, que atañen a las instituciones y que forman parte de la estructura social. La estigmatización, discriminación y maltrato, así como la homofobia, lesbofobia y transfobia (Barrientos y Cárdenas, 2013; Barrientos, Cárdenas y Ojeda, 2014; Bostwick et al., 2014) son ejemplos de estos estresores. Desde esta mirada, el mero hecho de pertenecer a un grupo social devaluado, no sólo volvería a sus miembros susceptibles de recibir algún estresor social, sino además generaría en ellos una permanente percepción de discriminación y expectativas de rechazo social que tiene un impacto en la salud mental (Meyer, 2003; Gómez y Barrientos, 2012).

²Personas que sienten una coherencia entre el sexo biológico asignado al nacer, y el género socialmente asignado a dicha categoría (Martínez y cols., 2018).

1.2.1 Atención en Salud Mental como contexto vulnerador: prácticas en el contexto psicoterapéutico obstaculizadoras del acceso a Salud Mental.

La referida mayor prevalencia de problemas de salud mental, entra en tensión con la disparidad en el acceso al tornarse la atención en Salud Mental un contexto vulnerador³adicional en la cotidianeidad de las personas LGBT. Ello guarda relación con las prácticas que los profesionales de Salud Mental llevan a cabo, las cuales con frecuencia resultan inadecuadas para el trabajo con dicha población, pudiendo incluso constituir experiencias adversas. Esta situación ha contribuido a generar expectativas negativas respecto del espacio terapéutico (Carlton, Bennett & Gebhard, 2016; Quiñones, 2017), lo cual se transforma en una barrera de acceso en tanto generan renuencia a solicitar ayuda psicológica, o conducir, en último término, al abandono de la terapia. Ejemplos de éstas prácticas incluyen la utilización de lenguaje inadecuado, el realizar intervenciones con sesgo heteronormativo, basadas en estereotipos de género, o que se sostengan en una visión patologizante de la diversidad sexual. Desde dicha mirada, se valida la búsqueda de la etiología de la orientación sexual o identidad de género diversas, y el relacionarlas con carencias en la historia del consultante, situándolas en el origen su malestar aun cuando ello no esté relacionado con el motivo de consulta (APA, 2012; Murphy, 1991, Garnets et al., 1991; Liddle, 1996; Nystrom, 1997). De este modo, las prácticas de los profesionales en el contexto psicoterapéutico devienen en obstaculizadores del acceso a Salud Mental.

³Los contextos vulneradores (Martínez y cols., 2018), refieren a aquellas situaciones que pueden darse en diferentes espacios, en las cuales una persona LGBT –o percibido como tal- experimenta violencia verbal, física o de cualquier tipo. Esta violencia se manifiesta en actitudes de rechazo a la Diversidad sexual y estilo de Vida de las personas LGBT, así como en prejuicios y estereotipos. Ejemplos de ello va desde expresiones verbales denigrantes o descalificadoras, hasta segregación, discriminación y violencia física.

1.2.2 Situación de la Salud Mental LGBT y su atención en Chile

En el contexto chileno, si bien la emergencia de un discurso social asociado al progresismo promueve la tolerancia hacia las minorías y su integración social, el marco legal e institucional aún no ha podido garantizar la plena igualdad de derechos de las personas LGBT, favoreciendo condiciones que permiten discriminación y violencia hacia esta población⁴, y con ello, la marginalidad y el ocultamiento de expresiones sexo-genéricas no heteronormadas (Gómez y Barrientos, 2012). Este escenario tendría un impacto en el bienestar subjetivo y en la sensación de integración social de las personas LGBT. La población homosexual masculina en particular, reportaría una peor evaluación de sus lazos sociales y comunitarios en comparación a hombres heterosexuales (Gómez y Barrientos, 2012).

Respecto de la población Trans en Chile, según la encuesta Identidad (MOVILH, 2018), el 52,1% de los entrevistados señala haberse auto agredido producto de la presión social y la discriminación, habiendo comenzado este tipo de prácticas en la infancia y adolescencia (MOVILH, 2018), mientras que según Barrientos (2018) el 41% padece depresión y el 51,6% ha tenido pensamientos suicidas al menos una vez en su vida. Respecto de la población lésbica, y bisexual, la evidencia que de cuenta de la prevalencia de problemas de salud mental debido a prejuicio y discriminación es escasa, sin embargo, la reciente encuesta “Ser lesbiana en Chile” (Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio, 2018) señala que un 75% de las mujeres encuestadas indica haber sido discriminada o acosada en el espacio público debido a su orientación sexual, esto es, por su apariencia física y expresión de afecto en público. Ello sumado a casos de agresiones físicas y crímenes de gran connotación social llevados a cabo en el último tiempo en contra de mujeres lesbianas.

⁴Según el último informe anual de Derechos Humanos del MOVILH (2018), las denuncias y abusos basados en la orientación sexual o identidad de género aumentaron un 44%, siendo la cifra anual más alta registrada hasta ahora en diecisiete años. Las denuncias se concentran mayoritariamente en contra de instituciones administradas por el Estado (servicios, educación y policía) (MOVILH, 2018).

Estas cifras permiten suponer que los problemas de Salud mental de las minorías sexuales en Chile se relacionan estrechamente con un contexto social en el cual la pertenencia a un grupo desvalorizado socialmente, produce una vivencia de vulnerabilidad que tiene un gran impacto en la Salud Mental de sus miembros, siendo esto coherente con el modelo de estrés de minorías (Meyer, 2003).

Respecto de la atención en salud Mental de las personas LGBT en el contexto chileno, si bien existe en la actualidad una intención por parte de algunas instituciones de adherir a las recomendaciones de la APA, tanto a través de declaraciones de principios (Colegio de Psicólogos de Chile, 2015), como la elaboración de Guías Clínicas que promueven un trato respetuoso y culturalmente sensible (MINSAL, 2016), el escenario de desregulación de la práctica clínica en Chile permite la coexistencia tanto de terapias de “posicionamiento afirmativo” junto con las llamadas “reparativas”. La aproximación afirmativa en psicoterapia, corresponde a un conjunto de conocimientos y prácticas orientadas a ofrecer un espacio seguro para el desarrollo y exploración de orientaciones sexuales e identidades diversas. Surge en contraposición y respuesta a la patologización de éstas dentro la disciplina psicológica y persigue ofrecer salud mental culturalmente competente a la población LGBTIQ⁵ (Fuentes y Peña, 2017). Las terapias reparativas, en contraste- bajo la premisa de la homosexualidad como una enfermedad- se proponen cambiar la orientación sexual de los sujetos que consultan por malestar o sufrimiento respecto de su homosexualidad y quieren cambiarla (Ojeda, 2015). Estas últimas cuentan con respaldo de ciertos círculos académicos nacionales, llevándose a cabo pese a su descrédito por parte de la APA, OPS y el Colegio de Psicólogos de Chile (Colegio de Psicólogos de Chile, 2015).

Respecto de las experiencias de personas de la Diversidad Sexual en atención en Salud Mental, si bien las investigaciones que recogen la experiencia,

⁵Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales y Queer.

expectativas y significados de la población LGBT respecto de la atención psicológica, y en particular en el contexto de Salud pública son escasas, la relación con la disciplina Psi ha estado cruzada por la patologización y la desconfianza⁶. ya sea por la posibilidad de que emerja el prejuicio social en ese microespacio, o por la marcada asimetría de poder en tanto el terapeuta frecuentemente ocupa el lugar de validar o rectificar una identidad(Casanova & Espinoza-Tapia, 2018). Este es el caso de las personas Trans y género disconformes, quienes no sólo son las que más frecuentemente experimentan discriminación dentro de los servicios de salud dentro del espectro LGBT, sino que además deben someterse a una evaluación psiquiátrica y psicológica como requisito para poder acceder a tratamientos hormonales y cirugías de reasignación de sexo.

Si bien las políticas de salud en el sistema público determinan un protocolo en el cual la elegibilidad la determinan los profesionales de Salud Mental, el diagnóstico de disforia de género está sujeto a criterio de cada profesional de salud, así como las sesiones y pasos necesarios para tal fin (Valdés y Riquelme, 2016).

Los efectos de la falta de regulación de la práctica clínica mencionada, permite que haya una distancia entre los lineamientos, políticas y declaraciones de principios de las instituciones y la adherencia de los terapeutas a éstos. Es ahí

⁶La Segunda encuesta Derechos, política, violencia y Diversidad Sexual (Barrientos, Cárdenas, Díaz y Muñoz, 2012) arrojó que un 38,6% de las personas LGBT entrevistadas señalan haber recibido algún tipo de atención psicológica a causa de su Identidad de género u orientación sexual, donde casi un tercio de ellas reportó que dicha intervención se orientó a "cambiarla o mejorarla". Dentro de los encuestados, más de la mitad de las personas autodefinidas como Trans reportaron que las intervenciones psicológicas que recibieron se orientaron a "asumir su condición", mientras que en el caso de personas bisexuales entrevistadas, la mayor parte declaró haber recibido intervención psicológica orientada a "reparar su condición", en comparación lesbianas y hombres gay de la muestra (Barrientos, Cárdenas, Díaz y Muñoz, 2012). Por otro lado, en la encuesta "Ser lesbiana en Chile" de la Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio (2018), un 40,3% de las encuestadas aseguró haber sido obligada a recibir "atención en salud mental" luego de develar su orientación sexual.

donde la figura del terapeuta cobra relevancia, ya que es éste quien finalmente escoge y decide la micropolítica de sus intervenciones.

Respecto de los terapeutas, las investigaciones en el contexto nacional, si bien escasas, señalan que en términos generales las actitudes negativas y el prejuicio de psicólogos, psiquiatras y estudiantes de psicología hacia la diversidad sexual han disminuido. No obstante, se observa una mayor presencia de prejuicio y homonegatividad asociados a las explicaciones acerca la sexualidad diversa, relacionándose con abusos sufridos en la infancia o disfunción familiar (Tomicic et al., 2018). Dichas explicaciones que se dan sobre diversidad sexual denotan una cosmovisión impregnada por discursos disciplinares y sociales heteronormativos.

Por otra parte, respecto de los prejuicios sociales hacia las minorías sexuales, se ha sostenido que éste opera de formas no necesariamente conscientes para el individuo, lo que permite entender la distancia existente entre las declaraciones de principios y las prácticas, al tiempo que remite a que el prejuicio social más que disminuir, ha ido cambiando su expresión hacia formas soterradas y políticamente menos incorrectas (Cárdenas y Barrientos, 2008).

1.3. Discurso y poder en Psicoterapia LGBT

En la literatura revisada relativa a la práctica clínica con población LGBT, se han denominado a aquellos elementos que constituyen las "variables" del terapeuta como "sesgos" y "actitudes", que sumados a los conocimientos y habilidades que el terapeuta posee, pueden obstaculizar o facilitar el acceso de las personas LGBT a Salud Mental. En la presente investigación, en cambio, se escoge trabajar con la noción de discursos, que desde una perspectiva construccionista, refiere a prácticas lingüísticas que tienen como efecto producir, promover, mantener, y prohibir cierto tipo de relaciones sociales y de poder (Iñiguez y Antaki, 1994). Así, algunos discursos tendrían el potencial de perpetuar

dinámicas de opresión y exclusión, en tanto otros pueden ofrecer en resistencia a los discursos hegemónicos.

El interés en poner atención en los discursos en la práctica clínica, se sostiene, por una parte en la centralidad de éstos en el mundo contemporáneo, y por otra, en su carácter generador, estructurante y regulador de realidades y relaciones. El campo discursivo es en la actualidad un campo de batalla, en el cual se busca influir (Butler, 2010; Iñiguez, 2003) debido a su capacidad de moldear opinión pública, producir identidades, generar conductas y deseos colectivos, facilitar u obstaculizar posibilidades (Iñiguez, 2003).

Desde la mirada construccionista, el lenguaje tiene un carácter productivo, con capacidad de formar realidades y crear aquello de lo que se habla (Iñiguez, 2003; Ibañez, 2003). El/la psicólogo/a, en tanto sujeto inscrito en una sociedad, sostiene y es sostenido por discursos disponibles en ésta. Aquellos surgidos desde la disciplina de la Psicología son de particular relevancia para su quehacer profesional.

1.3.1 Escenarios discursivos sobre la Diversidad Sexual

Históricamente, la posición de la Psicología respecto de la Diversidad Sexual, se ha caracterizado por la patologización de las orientaciones sexuales e identidades de géneros diversas. Sin embargo, desde la retirada de la Homosexualidad del DSM en 1973, y a partir de la influencia de los movimientos sociales y las teorías de género, la disciplina ha ido transformando su mirada y posicionamiento respecto de la sexualidad diversa, hacia un abordaje no patologizante y afirmativo.

Es así como APA (2012), dentro de sus recomendaciones para los psicólogos en el trabajo clínico con personas LGBT, señala la relevancia del autoexamen de las propias creencias, valores y conocimientos en la evaluación e

intervención con esta población. El no realizar este ejercicio arriesgaría el comprometer o afectar negativamente el proceso terapéutico.

Esta perspectiva se basa en el fomento de la competencia cultural, definida como el conjunto de conductas congruentes, conocimientos, actitudes y políticas que permiten un trabajo transcultural efectivo (The National LGBT Cancer Network, 2018). La competencia cultural, cuyo origen se sitúa la problemática interracial e intercultural en el campo de la atención médica y en salud mental, también ha sido pensada para el trabajo con población LGBT, considerándose que su ausencia constituye una barrera significativa al acceso de una atención en salud de calidad para muchas personas de esta comunidad, particularmente para aquellas que se identifican como transgénero o género discordantes. Al igual que en los lineamientos de APA (2012), también se propone como requisito que el terapeuta examine sus propias creencias en pos de ser culturalmente competente (Van Den Bergh y Crisp, 2004).

No obstante, aun cuando en la actualidad pocos psicólogos sostendrían que la homosexualidad es una patología y promoverían el uso de terapias conversivas, la producción académica e investigativa se ha construido en base a supuestos heteronormativos, presentando tanto de forma directa como implícita a la heterosexualidad como norma e ideal. Supuestos que permanecen y se reproducen sin ser cuestionados o problematizados, y muchas veces sin ser visibilizados como tal (Clarke et. al, 2010; Moon, 2008; Kitzinger, 1996).

Este discurso académico y disciplinar de la Psicología se nutre del discurso científico/médico del cuales heredero, instalando permanentemente la pregunta por la etiología de la Diversidad Sexual, con énfasis en encontrar sus causas y los correlatos neurobiológicos, hormonales y anatómicos. Esta búsqueda se situaría desde una perspectiva esencialista y heteronormada, en tanto persigue descubrir una identidad o género esencial del sujeto, utilizando categorías de género binarias: hombre/macho/masculino, mujer/hembra/femenino.

Socialmente, el discurso científico/médico se legitima desde un estatus de verdad. Médico y psiquiatra ocupan una posición social de poder (Echeverría y Maturana, 2016) de la cual también es investido el psicólogo, a partir del cual debe sancionar si una persona Trans, presenta las características que le permitan acceder a una cirugía de reasignación de sexo, y/o a la rectificación legal de su género. Esta pericia, se basa en “encontrar” insumos que permitan probar la magnitud del sufrimiento del aspirante debido a su incongruencia, así como la concordancia de sus acciones en la vida cotidiana respecto del género al cual se identifica (Yañez, 2016).

Adicionalmente, en el caso de la presente investigación, los/las psicólogos/as en el ejercicio de la práctica clínica en el contexto de la atención pública, están inmersos en los discursos emanados desde las políticas públicas. En el contexto nacional, la Diversidad Sexual aparece ocupando el lugar de la otredad (Echeverría y Maturana, 2016), aspirando a ser tolerada o menos discriminada, pero siempre desde el lugar del otro, manteniéndose la dicotomía mayoría/minorías, en la cual los normales son los primeros, mientras que los segundos son los diferentes, anormales, con una carga de sentido negativa. Así, el discurso de las políticas públicas mantiene y reproduce la heteronorma y el binarismo (Galaz, Troncoso y Morrison, 2016).

Paralelamente, el/la psicólogo/a se veía influido y construido por discursos sociales hegemónicos dentro de la sociedad de la cual es parte. Un acercamiento a lo que podrían ser los discursos sociales hegemónicos en la sociedad chilena actual respecto de la diversidad sexual, pueden inferirse a partir de los resultados de encuestas recientes. Así, por ejemplo, en la encuesta “los chilenos frente a la homosexualidad” (UDP, 2012), y la Encuesta “Chile dice” (UAH, 2018), se concluye que la percepción sobre Diversidad Sexual es uno de los aspectos que más ha cambiado en los últimos años, señalando una mayor cercanía, mayores niveles de aceptación y menores niveles de prejuicio hacia orientaciones sexuales diversas. No obstante, desde sus resultados, la sociedad chilena se encontraría

menos receptiva a permitir que se transgredieran las concepciones tradicionales de familia. Ello permitiría suponer, que la sexualidad diversa aparece en los discursos sociales hegemónicos ocupando nuevamente el lugar de una minoría que puede ser tolerada en tanto no amenace los cimientos tradicionales de la sociedad, como son la familia y el matrimonio heterosexuales. Esto último podría tener relación con el aumento de crímenes de odio y episodios de violencia física hacia la comunidad LGBT, en un contexto de aumento de la aceptación, visibilidad y avances legislativos por parte de esta comunidad.

En contraposición a los valores, visión y discursos hegemónicos en materia de Diversidad Sexual, el desarrollo del feminismo post estructuralista y la Teoría queer han posibilitado la emergencia de discursos sociales contra hegemónicos, los cuales cuestionan la noción misma de género, e incorporan una perspectiva interseccional, anticapitalista, anti imperialista y anti colonialista. Estos discursos contra hegemónicos han ido surgiendo al alero de las universidades y academia como desde movimientos sociales heterogéneos, algunos de los cuales se posicionan desde la disidencia sexual, tomando fuerza discursiva y presencia política.

1.3.2 Impacto de los discursos en el ámbito clínico

Complementariamente al énfasis construccionista en el lenguaje y su carácter productivo y constituyente, desde una perspectiva crítica de la Psicología, la psicoterapia constituye un dispositivo de control social, un espacio de influencia y poder, en el cual a conversación terapéutica tendría un efecto modelador del self del consultante y productor de verdad sobre sí mismo (Hodges, 2002). El lenguaje psicológico, al proveer de una particular forma de nombrar las experiencias humanas, tiene implicaciones políticas en tanto refleja y perpetúa ciertas formas de mirar el mundo (Kitzinger, 1996).

La Psicoterapia, desde esta perspectiva, constituye un determinado tipo de interacción, en el cual el/la terapeuta ejerce influencia sobre el consultante, siendo los problemas psicológicos contruidos mayormente por el terapeuta (Davison, 1991) en el marco de una relación de poder asimétrica (Hernández, 2007).

En este sentido, dentro del espacio terapéutico el/la psicólogo/a no es neutral. No lo es en su práctica, ni en sus decisiones, ni en su repertorio de acciones. Tal como lo plantea Halleck (1971), cualquier tipo de intervención psicológica dejará un impacto en la distribución de poder dentro de los sistemas sociales en los cuales el paciente se desenvuelve. Desde la mirada crítica, el impacto del terapeuta puede ser aún más profundo respecto de otros agentes sociales, y el efecto de su discurso multiplicador (Moita, 2006). Es así como a partir de la imposibilidad de operar sin aportar un “sesgo” personal, el trabajo terapéutico se posicionaría como una forma de activismo social (Halleck, 1971; Gergen, 2007).

Un ejemplo del impacto de los discursos de los/las terapeutas en el contexto psicoterapéutico, es lo que se ha denominado microagresiones en psicoterapia (Shelton y Delgado-Moreno, 2011; Tomicic et al., 2018), consistentes en comunicaciones expresadas por los terapeutas, en apariencia inofensivas e incluso bien intencionadas, pero cargadas de estereotipos, heterosexismo y prejuicios negativos hacia la Diversidad Sexual. Dicho proceso puede operar de manera implícita y no necesariamente consciente por parte del terapeuta, quien puede expresarse abiertamente en contra de prácticas heteronormativas y apoyar las causas pro derechos LGBT (Moita, 2006). Por su cualidad de manifestarse de modo sutil, y en ocasiones no consciente, las microagresiones generan desconcierto y emociones difusas y contradictorias en el consultante (Shelton y Delgado-Moreno, 2011).

Lo anterior es concordante con las perspectivas críticas de psicoterapia y poder, en tanto el consultante se encuentra en una posición de vulnerabilidad al estar aquejados de su malestar, formando parte además de una relación de poder

asimétrica, dentro de la cual no siempre tiene la posibilidad de oponerse a situaciones opresivas menos evidentes (Moita, 2006).

2. Problematización

Es así como, en concordancia con una lógica argumentativa crítica, los discursos socialmente disponibles para los/las terapeutas, permearían la práctica clínica, pudiendo ser reproducidos en el espacio psicoterapéutico, con consecuencias no sólo para los consultantes, sino también en la reproducción o subversión de un orden social determinado.

Desde la mirada construccionista desde la cual se posiciona esta investigación, el/la terapeuta construye el proceso en el que está involucrado/a junto sus pacientes a partir de sus propias comprensiones y descripciones (Fruggeri, 1996). De los múltiples discursos que como terapeutas sean capaces de elegir e intencionar en la interacción terapéutica, dependería la singularidad y calidad de su praxis (Lax, 1996) y con ello, la posibilidad de co-construir un vínculo colaborativo, transformador y al servicio del bienestar del consultante (Herrera y Torres, 2011) o por el contrario, obstaculizarlo.

De este modo, los discursos de los/las terapeutas que puedan emerger en el espacio psicoterapéutico, tendrían fuerza en la regulación y modulación de la relación terapéutica; influyendo en las narrativas que emergen en el trabajo terapéutico (Moon, 2008) y en las distinciones que se realizan dentro de éste (Tomm, 1996).

En el contexto de la práctica clínica LGBT, en particular- y a partir de los antecedentes anteriormente expuestos- la promesa de lograr mayores niveles de bienestar y libertad a través de la psicoterapia se ve constreñida por ciertas prácticas y discursos sostenidos por los/las terapeutas de tipo patologizantes de la Diversidad Sexual. Ya sea por su carácter sutilmente homonegativo y heterosexista, y/o por las dificultades de los/las terapeutas de no realizar

distinciones binarias y heteronormadas (Moon, 2008). Ello configuraría condiciones de posibilidad para que se reproduzcan relaciones sociales opresoras para, en este caso, consultantes pertenecientes a la población LGBT.

Lo anterior impactaría en la prestación de un servicio de calidad y de esta forma en la accesibilidad a éste (Chaparro, 2015), reproduciendo la inequidad en el acceso a una atención en Salud Mental y con ello, las lógicas de exclusión social (Herrera y Torres, 2011).

Es así como a partir del panorama social, disciplinar y sanitario descrito, en el cual la psicoterapia es llevada a cabo, interesa poner la mirada en las acciones discursivas de los/as terapeutas respecto de su práctica clínica con pacientes LGBT. Ello, en tanto tienen efectos en cómo se modula el vínculo terapéutico, en las características de las intervenciones y en la conceptualización del problema, lo cual se traduce en facilitar u obstaculizar la accesibilidad de dicha población a Salud Mental.

De este modo, y en concordancia con los planteamientos propuestos, la pregunta que guiará la presente investigación es: **¿Cuáles son los discursos de terapeutas sistémicos/as respecto de la práctica clínica con consultantes LGBT, en contextos de atención pública en la ciudad de Santiago?**

3. Justificación y relevancia del Problema

La necesidad de responder a esta pregunta desde el enfoque sistémico-relacional y específicamente desde una posición posmoderna de la psicoterapia, se sustenta en la importancia que se le da al ejercicio ético de la práctica clínica (Garzón, 2008). Desde dicho enfoque, los/las psicólogos/as sistémicos/as se ven interpelados/as, en primer lugar, a trabajar considerando la dimensión política de la psicoterapia, entendiéndola como un ejercicio de poder que tiene efectos tanto en el ámbito individual como a nivel social (Llorens, 2013).

En segundo lugar, desde la visión posmoderna, el/la terapeuta se concibe situado/a en su praxis, tanto histórica, cultural, como biográficamente; encontrándose su quehacer entretejido con aquello que acontece en la comunidad y sociedad de la cual es parte. Ello le interpela a tomar en consideración el cómo influyen dichos aspectos en su ejercicio (Llorens, 2013).

En tercer lugar, el/la terapeuta es convocado/a a realizar un ejercicio constante de reflexividad, en el cual revise constantemente sus interpretaciones, prejuicios, teorías e hipótesis y la influencia de condicionamientos sociales y políticos en éstos (Llorens, 2013).

Finalmente, respecto de la pregunta de investigación situada en la institución de salud pública, desde una postura sistémica dialógica se plantea que el contexto organizacional definiría parámetros de pensamiento y técnicos en los/las terapeutas. Es por ello que para facilitar un espacio compartido a través de la conversación en psicoterapia, sería necesario reconocer los contextos y culturas dentro de los cuales terapeutas y consultantes participan (Anderson, 1997).

Respecto de su relevancia, la presente investigación, se propone contribuir a ampliar las posibilidades de reflexión crítica respecto de la práctica clínica en Diversidad Sexual y la posición del psicólogo dentro del entramado social en relación a este tema.

Este aspecto reviste importancia no sólo en su dimensión ética sino también política, en términos de los efectos de la práctica clínica y de la terapia como espacio de reproducción o transformación de las relaciones de poder-dominación.

En este sentido, el presente estudio plantea principalmente una relevancia práctica, en tanto persigue que dicha reflexión crítica contribuya a mejorar la praxis clínica con población LGBT, en coherencia con la necesidad planteada de auto examen del terapeuta.

Adicionalmente, dentro de la literatura revisada existen bastantes antecedentes respecto a cómo proceder con población LGBT como una forma de orientar a los profesionales de la Salud en disminuir las desigualdades en el acceso expuestas anteriormente, sin embargo, la apropiación que los profesionales hacen de dichas recomendaciones y cómo estas se traducen en prácticas es un ámbito poco explorado, especialmente en el contexto chileno. Asimismo, se observa una escasez de trabajos que pongan la mirada en el/a psicólogo/a- y no en las personas de la Diversidad Sexual- y que releven su condición de agente, explicitando las relaciones de poder inherentes al proceso terapéutico, en particular en el trabajo con grupos sociales oprimidos como el mencionado.

Por último, el presente trabajo persigue ofrecer de forma exploratoria, algunas luces de cuáles son los discursos que están operando en la atención pública respecto al trabajo con población LGBT, contribuyendo así a retroalimentar la práctica clínica y los lineamientos propuestos para el trabajo terapéutico con esta población. Todo ello, con miras a contribuir en trabajar por una praxis inclusiva y situada, que facilite una mayor equidad en el acceso a Salud Mental de dicha población.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los discursos de terapeutas sistémicos/as sobre la práctica clínica con consultantes LGBT, en contextos de atención pública en la ciudad de Santiago?

Objetivo General

Comprender los discursos de psicólogos que se desempeñan en el ámbito de Salud Pública en la ciudad de Santiago, respecto de la práctica clínica con consultantes LGBT.

Objetivos específicos

1. Describir y analizar los discursos de psicólogos/as sistémicos/as respecto del contexto institucional de la atención con consultantes LGBT.
2. Describir y analizar los discursos de psicólogos/as sistémicos/as respecto de consultantes LGBT y la relación terapéutica con ellos/as.
3. Describir y analizar los discursos de psicólogos/as sistémicos/as respecto del propio operar en el contexto del proceso terapéutico con consultantes LGBT.

MARCO TEÓRICO

4. Discurso, Psicoterapia y Poder

4.1 Foucault: La Psicoterapia como discurso y el Poder como relación

En el marco de su prolífica obra, Michel Foucault realiza distinciones fundamentales que nos encaminan a la comprensión de entender el problema de la relación entre Psicoterapia y Poder. A continuación se presentan las coordenadas básicas que otorgan un marco comprensivo en esta tarea y que son el cimiento de los desarrollos teóricos posteriores desde los cuales se posiciona esta investigación:

a) El Poder

En términos generales, para Foucault el poder no es un atributo, no es algo que se posea, se otorgue o se pueda quitar, sino que es una relación. En segundo lugar, el Poder no se restringe a instituciones. No opera en forma descendente, sino más bien de forma ascendente e incluso multidireccional. En las sociedades occidentales contemporáneas, el Poder es una fuerza positiva, es decir, que en lugar de operar a través de la represión y por la fuerza, lo hace a través de formas usualmente sutiles y a través de la modelación del pensamiento y la conducta. No obstante, estas fuerzas modeladoras siempre están abiertas a resistencia. (Hodges, 2008).

En tercer lugar, una de las ideas fundamentales de Foucault es que el Poder no es sinónimo de dominación pues para hablar de una relación de poder, siempre tiene que existir la posibilidad de resistencia (Dreyfus y Rabinow, 2001, citado en Morales 2011; Foucault, 1999). De este modo, Foucault sugiere que en vez de analizar el Poder como algo descendente, que doblega y coacciona al sujeto, debemos analizarlo de forma ascendente, comenzando por la más pequeña, invisible práctica cotidiana que tiene lugar en nuestra cultura. A estas

prácticas Foucault les llama “microcapilares del Poder”. De acuerdo a ello, sólo una vez que hemos identificado esas prácticas y técnicas, podemos entonces conectarlas a formas regulatorias más amplias, como el capitalismo (Hodges, 2008)

b) El Discurso

El discurso en Foucault refiere al lenguaje en uso, que siempre es situado histórica, cultural, geográfica e institucionalmente, pero por sobre todo en relación al Poder. El discurso y las prácticas discursivas operan definiendo posiciones desde las cuales los individuos pueden hablar (doctor, paciente, terapeuta, consultante). Están ligados a instituciones (COSAM, Hospital, etc), construyen y permiten conversaciones acerca de algún objeto, al tiempo que mantienen silencio respecto de otros (Hodges, 2008)

c) Subjetivación y prácticas de sí

Una forma clave a través de la cual el Poder opera es a través de la producción de

Verdades sobre sí mismo o subjetivación. Este concepto alude a un sin número de prácticas contemporáneas (que incluyen a la psicoterapia), y a través de las cuales nuestro el sujeto es construido y reconstruido (Hodges, 2008). La variación en estas prácticas va transformando al sujeto, cambiando las reglas por las que se rige y creando una nueva forma de subjetivación. Las prácticas, que pueden ser tanto discursos como conductas, dependen del contexto. Así, las prácticas que se llevan a cabo serán muy diferentes dependiendo del momento histórico y el entorno cultural. De este modo, la forma en que nos reconocemos y construimos como sujetos, es muy diferente en distintas épocas de la Historia.

Las prácticas de sí, en tanto, aluden a aquellas prácticas que tienen al sí mismo como sujeto y objeto. Estas son más que una construcción lingüística, pudiendo emerger de una heterogeneidad de prácticas discursivas, arquitectura, o sanciones de la autoridad (Hodges, 2008).

d) La Psicoterapia

A partir del marco de referencia propuesto por Foucault previamente señalado, el Poder se concibe operando a través de la producción discursiva de Verdad.

En el contexto de la Psicoterapia, o en la producción discursiva de una “verdad sobre uno mismo”, el poder opera a través de los efectos modeladores de la conversación terapéutica. Los modos mediante los cuales dicha conversación modela y remodela los discursos que los consultantes traen a terapia, reconstituye el entendimiento de sí mismos (Hodges, 2008)

Una aproximación foucaultiana de la psicoterapia concibe la transformación del sí mismo como forma de subjetivación en la cual el discurso psicoterapéutico ofrece una vía para entender cómo el discurso (el poder) se mete dentro del individuo.

Desde esta perspectiva, la psicoterapia es un importante medio a través del cual los individuos no sólo son regulados a través del discurso terapéutico, sino que sus subjetividades son modeladas mediante el proceso de subjetivación, esculpiendo a su vez las formas en las cuales los consultantes escogen practicar su libertad (Hodges, 2008).

La psicoterapia está íntimamente ligada a la jerarquía y el Poder, constituyendo una operación de micropoder. Un medio productivo a través del cual se moldea la subjetividad y la conducta, lo cual está inevitablemente unido a relaciones de poder más amplias, como el capitalismo y últimamente, nuestro universo moral y ético contemporáneo (Hodges, 2008)

En este contexto, a partir de este marco comprensivo, la Psicoterapia no opera otorgando o quitando poder al consultante, sino previendo un nuevo marco ético y un nuevo vocabulario, que permite a los individuos trabajar sobre sí mismos., proveyéndoles de nuevas formas de practicar su libertad. Al hacer esto, los consultantes se alinean no sólo con el experto (la autoridad psicológica), sino

también con un tipo de autoridad, con las nociones de responsabilidad, autorregulación, autonomía (Hodges, 2008).

Cabe señalar que las propuestas de Foucault no asumen que la psicoterapia es intrínsecamente buena o mala, sino que nos invitan a entender su operar de otro modo. En qué medida la práctica psicoterapéutica se trata de alinear a quienes están en los márgenes con los valores y necesidades sociales dominantes. Es por ello que este autor enfatiza en la necesidad de una exhaustiva revisión acerca de lo que decimos a los consultantes, y los efectos de nuestra habla, incluyendo aquellos valores, premisas, supuestos, creencias e imágenes a las cuales recurrimos, y a los particulares modelos de lo bueno, lo funcional, y lo efectivo que estamos promoviendo (Hodges, 2008).

4.2 La Psicoterapia y el Poder desde las perspectivas de la Psicología Crítica

La preocupación por la relación entre la psicoterapia y el Poder puede trazarse desde el surgimiento de la Psicología Crítica. Esta se basa extensamente a su vez en la Teoría crítica, surgida bajo el alero de la escuela de Frankfurt. La Psicología Crítica puede ser entendida como una perspectiva que agrupa a distintas teorías críticas de la psicología tradicional. Se nutre del marxismo, del feminismo, posmodernismo, post estructuralismo y del construccionismo. En términos generales, postula que la psicología tradicional falla en considerar cómo las diferencias de poder en las clases sociales y grupos pueden impactar en el bienestar físico y mental de grupos e individuos.

Uno de los principales exponentes de la Psicología Crítica es Ian Parker, quien se basa extensamente en la obra de Michel Foucault. Parker establece argumentos respecto de cuáles son las características y alcances de esta perspectiva (Parker, 2009).

En primer lugar, define a la Psicología Crítica como el examen sistemático de los modos en que explicaciones dominantes en la Psicología operan de manera

ideológica al servicio del Poder, y de cómo ciertas formas de experiencia y acción psicológicas son privilegiadas respecto de otras (Parker, 2003;2009).

En segundo lugar, Parker asume que todas las variedades de la Psicología son histórica y culturalmente construidas. Por tanto, se basan en supuestos ideológicos que son posibles de resistir y modificar. Así, se basa en la premisa foucaultiana de donde hay poder, hay resistencia, y en cada práctica dominante hay grietas, contradicciones y espacios a partir de los cuales estas son posibles de ser subvertidas. La Psicología Crítica, entonces, implica una deconstrucción de la disciplina- y no la construcción de una disciplina alternativa- con el fin de crear nuevas formas de operar. La deconstrucción de las teorías y aparatos de la disciplina de a Psicología, es entendida por este autor como una condición para establecer la crítica que se pretende, y que implica el estudio de las formas en que la sociedad provee las condiciones de posibilidad para que la Psicología exista. (Parker, 2009).

En tercer lugar, asume que la Psicología no opera sólo en las universidades y clínicas, sino que también está presente en la vida cotidiana. implica el estudio de las formas de vigilancia, control y auto regulación de los sujetos en la vida cotidiana, y las formas en que la Psicología opera más allá de los ámbitos académicos y profesionales. Desde ahí, implica estudiar las formas en que la Psicología recluta no sólo a profesionales y académicos de otras disciplinas que utilizan sus ideas y teorías para apoyar la normalización y patologización, sino también estudiar las formas en que la Psicología recluta a todo tipo de personas que leen y creen en sus teorías acerca de las diferencias individuales y de las conductas “felices y saludables” (Parker, 2009)

En cuarto lugar, y derivado de lo anterior, la Psicología Crítica involucra la exploración de cómo la Psicología en la vida cotidiana estructura el trabajo académico y profesional de la disciplina y desde ahí cómo las actividades diarias pueden engendrar prácticas de resistencia a aquellas de la disciplina contemporánea.

De este modo, la psicología Crítica reorienta la mirada del Psicólogo, a la disciplina misma de la Psicología. En palabras de Parker (2009):

La psicología crítica devuelve la mirada del psicólogo sobre la disciplina. Los psicólogos normalmente estudian a las personas fuera del ámbito de la psicología que tratan como no-psicólogos. Nos preguntamos, por ejemplo, cómo la psicología evolucionista confirma las diferencias entre los hombres y mujeres y los hace ver como biológicamente inmodificables; cómo la psicología psicoanalítica patologiza a las lesbianas y *gays* en nombre de los estadios normales del desarrollo; cómo la evaluación de la inteligencia refuerza la idea de diferencias esenciales subyacentes entre distintos grupos étnicos y cómo el estudio de las organizaciones para hacerlas funcionar de manera más fluida también les facilita las herramientas para aplastar cualquier disenso. (p.2)

Ello es fundamental para los objetivos de este trabajo, en tanto se busca volcar la mirada a las prácticas y discursos de los/las terapeutas en la atención clínica LGBT. Para Parker (2009) la crítica implica establecer una alianza política con quienes han sufrido la psicología y han sido construidos como patológicos.

De este modo, la Psicología Crítica es una invitación a tomar distancia de la Psicología *mainstream* o tradicional, y observar las imágenes de la mente, el sí mismo y la conducta que ha producido, el tipo de prácticas con las que se compromete y sus efectos en tanto tecnologías del sí mismo, así como las limitaciones que ofrece para que se produzcan cambios (Parker, 2009).

La psicología Crítica profundiza en cómo la Psiquiatría, Psicología y psicoterapia (en adelante Complejo *Psy*) se relacionan estrechamente con el tipo de sociedad que quienes detentan el poder quieren construir y cómo el complejo *Psy* estaría al servicio de la reproducción de esta.

Desde esta perspectiva, nos encontraríamos ante un proceso histórico de individualización del malestar y de la confesión que se ha intensificado a medida en que se ha incrementado la vigilancia y la disciplina en la sociedad (Foucault,

1977; citado en Parker 2009). Para Parker, la Psicología misma se ha construido bajo los horizontes del capitalismo, permitiendo a la sociedad ser más eficiente, construyendo sus propias imágenes de lo que es patológico.

Así, este autor señala que tanto la consejería como la psicoterapia pueden ser vistos como parte del mismo aparato disciplinario, en tanto ambos estimulan a las personas a hablar con expertos, utilizando el discurso científico como legitimador, persuadiendo a los individuos de que para hablar y reflexionar acerca de sí mismo hay que hacerlo a través un experto (Parker, 2009).

El sociólogo Nikolas Rose (1990, 1995, 1996) se basa también en los planteamientos de Foucault para profundizar en torno al estatus de la Psicología y la Psicoterapia en la sociedad desde finales del siglo XX, y en los modos en que los discursos psicológicos (en especial la psicoterapia) construyen al sujeto como “seres éticos”.

Rose considera las implicancias de la proliferación de las psicoterapias y la emergencia de lo que denomina la *cultura terapéutica del self* (Rose, 1990). Plantea que a proliferación de lo Psy está intrínsecamente ligada a las transformaciones de la gubernamentalidad, la lógica y las tecnologías del poder político de las democracias liberales contemporáneas (Rose, 1996). Argumenta que las disciplinas Psy, y la Psicología en particular, han jugado un rol en inventarnos a nosotros mismos, volviendo visibles y practicables ciertas características de personalidad.

A partir de la noción de que el ser humano no es la base de la Historia y la cultura, sino más bien un artefacto de éstas, Rose plantea que dentro de la concepción de ser humano en las sociedades occidentales modernas, se sugiere que la persona constituye un yo (self), una entidad naturalmente única y discreta, en la cual la vida psíquica interna es delimitada al interior de un cuerpo que la contiene. En esta psique se inscriben las experiencias de la biografía individual. No obstante, este tipo de sociedades son especialmente enfáticas en la

construcción del individuo como un lugar natural de creencias y deseos, con capacidades inherentes, como el origen evidente de acciones y decisiones, como un fenómeno estable que exhibe consistencia en diferentes contextos y tiempos. Del mismo modo, este tipo de sociedades son especialmente enfáticas en justificar sus aparatos de regulación de la conducta sobre la concepción de individuo. Ejemplos de ello pueden encontrarse en el sistema legal penal, que opera bajo la noción de responsabilidad e intención. También los sistemas de moralidad y su valoración de la autenticidad y la emotividad. Y por último, las políticas ponen gran énfasis en los derechos individuales, las elecciones individuales y las libertades individuales (Rose, 1990).

Es en estas sociedades donde la Psicología ha nacido como una disciplina científica, como conocimiento positivo del individuo, y como una particular forma de decir la verdad sobre el ser humano y actuar sobre él. Así, las prácticas regulatorias buscan gobernar a los individuos en de una manera más ligada a su 'yo' que nunca antes, y las ideas de identidad y sus derivados han adquirido mayor relevancia en muchas de las prácticas en las que los seres humanos se involucran (Rose, 1990).

En las sociedades liberales, capitalistas y democráticas, El surgimiento de "lo psicológico" ha sido de considerable importancia en el intento de comprender las formas de vida que habitamos a fines del siglo XX. Los expertos en psicología, vocabularios psicológicos, evaluaciones psicológicas y técnicas psicológicas se han hecho indispensables en el lugar de trabajo, en el mercado, en el proceso electoral, en la política, en la vida familiar y sexual, en la pedagogía y la crianza de los hijos, en el aparato de la ley y castigo, y en el complejo médico-asistencial. Además, los ciudadanos de tales sociedades han buscado en forma creciente a los psicólogos cuando intentan comprender y superar los problemas que aquejan a la condición humana (desesperación, pérdida, conflicto) viviendo sus vidas de acuerdo con una ética psicológica. Así, la administración de la conducta humana ha devenido en una actividad intrínsecamente psicológica (Rose, 1990).

La ética terapéutica promete un sistema de valores liberados del juicio moral de las autoridades sociales. Gobierna al tiempo que nos permite construirnos a través de las elecciones que hacemos y dar forma a nuestra existencia de acuerdo con una ética de la autonomía. De este modo la libertad no sería la negación del Poder, sino uno de sus elementos vitales (Rose, 1990).

4.3 Psicoterapia y Poder desde la Perspectiva sistémica

Dentro de la perspectiva sistémica, los enfoque socio construccionista y narrativo en particular, tienen en común el poner atención a las relaciones de poder y jerarquía dentro de la práctica clínica. Críticos a la idea de neutralidad, se caracterizan por ser anti psicologicistas y desafiar las nociones predominantes de psicopatología (Hodges, 2008).

Kenneth Gergen (2007)- quien posee un extenso y prolífico desarrollo teórico en el cual se basa la perspectiva construccionista- plantea respecto de la Psicoterapia y el Poder, que la forma en que conducimos la disciplina, ya sea respecto de la investigación, el desarrollo teórico y la práctica, entran en la sociedad como “inteligibilidades” con capacidad para alterar la vida cultural para bien o para mal de acuerdo con algún estándar

¿A quién estamos ayudando y a quién perjudicando cuando distinguimos entre los inteligentes y los no inteligentes, lo patológico y lo normal, los prejuiciosos y los no sesgados?, ¿qué forma de cultura estamos creando cuando vemos la explotación, la infidelidad y la violación como acciones masculinas biológicamente predisuestas? Este tipo de preguntas merecen un escrutinio cuidadoso y preocupado de nuestra parte, los que nos desempeñamos en la disciplina, no en calidad de reflexiones posteriores, sino de preludio a la investigación. (p. 107)

Por tanto, es un tema de responsabilidad hacerse cargo de ello, y llevar a cabo una reflexión ética, política y conceptual; en tanto nuestra “inteligibilidad” favorece ciertas formas de vida y desincentiva otras (Gergen, 2007).

Por su parte, Michael White (1993; 2002) se basa extensamente en Foucault, en particular respecto de los efectos positivos y constitutivos del Poder, al cual estamos sujetos por medio de verdades normalizadoras que configuran nuestras vidas y relaciones (White & Epston, 1993). Estas verdades tendrían una función normalizadora en tanto establecen normas en torno a las cuales se incita a las personas a moldear o construir sus vidas.

Adhiriendo a la noción ascendente del Poder de Foucault, señalan que son las prácticas cotidianas de las personas las que se van constituyendo en estructuras y relatos dominantes que a su vez las mismas personas van reproduciendo (White & Epston, 1993).

Es así como para estos autores, la Psicoterapia es esencialmente una operación política, que tendrá como foco central el cuestionamiento y enfrentamiento de los relatos dominantes, junto a la identificación de relatos alternativos que se encuentran subyugados y que en conjunto terapeuta y consultante colaborarán para hacerlos resistir (White & Epston, 1993).

Desde el enfoque narrativo además, el/la terapeuta deberá tener en especial consideración que la cultura de la Psicoterapia es una cultura de discursos profesionales, cuyos conocimientos gozan de un estatus de verdad y que se consideran válidos para todas las personas. De esta manera, la Psicología y la Psicoterapia tienen un rol significativo en la reproducción de la cultura dominante, lo cual debe ser observado por el/la terapeuta que- desde una posición crítica y comprometida- debe preocuparse por exponer los abusos de Poder tanto reales como potenciales (White, 2002).

A partir del entendimiento de la Psicoterapia como operación política, Marcelo Packman (1996; 2006) desarrolla el concepto de “micropolítica” para

entender cómo se encarna la dimensión política dentro del contexto de la psicoterapia. La micropolítica alude a aquellas acciones que exceden al trabajo terapéutico en sí mismo, pero que no son su contexto, sino parte de su mismo texto (llamadas telefónicas, coordinaciones, estética del espacio, activar redes sociales etc.).

Para ello es necesario desprenderse de la noción de que lo terapéutico tiene que ver con “lo mental” como una entidad separada de lo social, lingüístico, histórico y antropológico, ya que gran parte de lo considerado puramente mental versa también sobre cuestiones sociales, políticas y sobre definiciones de la realidad sobre las que operamos y debemos responsabilizarnos (Packman, 1996).

Es así como para Packman, el espacio psicoterapéutico es un lugar propicio para la reflexión crítica y la exploración constante del origen y las condiciones de posibilidad de las ideas acerca de lo que el terapeuta debe hacer o no en terapia y del rol que este juega frente al consultante (Packman, 2006)

5. Psicoterapia y Diversidad Sexual desde una perspectiva crítica

5.1 Contribuciones de la Teoría Queer

La Teoría Queer es fundamentalmente acerca del Poder, la política y el activismo. En particular, se enfoca en las maneras en las cuales nuestras nociones acerca de quiénes somos, a quien deseamos, a quién y cómo amamos, así como acerca de la aceptación, rechazo, similitud y diferencia, son moldeadas y reguladas por relaciones de lenguaje, poder y autoridad (Hodges, 2008)

Se enfoca en cómo el Poder permea nuestros cuerpos, afectos y pensamientos. Se opone a todas las formas de opresión, incluyendo aquellas provenientes desde categorías supuestamente liberadoras como lesbiana, gay, bisexual y Trans, que pueden también estar atadas a prácticas y regímenes regulatorios opresivos. Desafía las nociones respecto del sexo, el género y la

sexualidad, incluyendo las dicotomías entre homosexual/heterosexual y masculino/femenino, para así desarrollar nuevas formas de exploración de la identidad y las relaciones humanas (Hodges, 2008).

Pese a todo lo que la Teoría Queer tiene que decir respecto de estos dos últimos tópicos, su influencia e impacto han sido más bien en los campos de la Literatura y la Filosofía. Dentro de la Psicología- particularmente dentro de la tradicional- no es un término muy expandido ni utilizado. Según Butler y Byrne (2008), *Queer* es un término difícil de acomodar dentro de los modelos psicológicos por diversas razones. En primer lugar, cuando dentro de la teoría psicológica y la práctica clínica se habla de sexualidad, esta es considerada un atributo interno del sujeto. En contraste, el concepto *Queer* es socio-cultural y político. En segundo lugar, los modelos tradicionales de Psicología tienden a aceptar las categorías binarias de hombre/mujer y homosexual/heterosexual. Tradicionalmente, dentro de la Psicología la heterosexualidad ha sido considerado lo normal, mientras que la homosexualidad aparece no sólo como una patología sino como un problema que necesita ser explicado y cuya causa hay que buscar en términos de la interacción de genes v/s ambiente o en correlatos biológicos. En tercer lugar, la práctica de la Psicología se ha posicionado tradicionalmente a sí misma dentro del modelo científico, poniendo énfasis en que la psicoterapia debe estar basada en evidencia investigación, y reforzando la idea del psicólogo como un observador objetivo (Butler & Byrne, 2008)

Así, desde el marco de referencia de la Teoría Queer, la Psicología ha participado en la producción de conocimientos que han servido para reforzar y naturalizar las dicotomías de sexo y género, y junto con ello, la opresión de otras prácticas e identidades (Butler & Byrne, 2008)

La Teoría Queer se localiza bajo el paraguas de la posmodernidad. Nos invita a reflexionar en qué grado los terapeutas inevitablemente actúan sus propias creencias, experiencias y contextos culturales. Ello tendría una influencia en las conversaciones que sostienen con los consultantes y los significados que asocian,

adjuntan y construyen en torno a aquello que se está conversando (Butler & Byrne, 2008)

En el centro de la Teoría Queer, están los trabajos de Michel Foucault y Judith Butler.

Por un lado, Foucault rechaza cualquier idea del sexo como algo natural. Su perspectiva es anti esencialista, y anti humanista (existencia de una moralidad Universal basada en una verdad sobre la naturaleza humana). Concibe la sexualidad y la Identidad de género como ficciones que tienen como meta el control del cuerpo y la sexualidad. De este modo, sexo, sexualidad e identidad de género no están relacionadas con leyes biológicas o psicológicas, sino que son productos culturales e históricos, y juegan un rol regulatorio de los cuerpos y poblaciones (Hodges, 2008). Por otro lado, Judith Butler, en su célebre trabajo “El género en disputa” (1991), expone su teoría de la naturaleza performativa y discursiva del género. De acuerdo con esta autora, el género es producto de repetición y estilización e imitación (mimesis) y el supuesto de la naturaleza real, biológica del género y la sexualidad es producto de una performance social en la cual las identidades de género son “estilizadas” y “performadas”.

La noción del género y la sexualidad como *performance* de Butler, se puede relacionar con la búsqueda de las causas del deseo no heterosexual y de la identidad de género no conforme. Esta búsqueda de causas es coherente con el espíritu del proyecto moderno que aún vive dentro de la disciplina psicológica, que naturaliza la causalidad especialmente en la relación mente-cuerpo. Ello da lugar a la búsqueda de una etiología a través de marcadores biológicos (genes, estructuras y circuitos cerebrales, hormonas). No obstante, las explicaciones biológicas de la Diversidad Sexual se vuelven problemáticas en tanto tienden a fijar la identidad, otorgando muy poco lugar a la construcción y reconstrucción de identidades sexuales y de género alternativas y menos opresoras (Hodges, 2008)

En relación a esto último, un problema similar se ha relevado igualmente desde la Teoría Queer, acerca de los modelos de desarrollo de la Identidad LGBT. Al respecto Landridge (2008) propone que estos modelos han tenido como efecto operar como guías instructivas, diciéndonos cómo debemos conducir nuestra vida sexual y social en lo cotidiano de acuerdo a categorías y fases reconocibles. Adicionalmente, estos modelos se basan en premisas de que una salida del armario exitosa culmina con la aceptación del entorno del individuo, e implica un final o meta en el desarrollo, caracterizado por una identidad fija y estable. Ello resulta complejo para personas que no se identifican dentro de lo LGBT, sino dentro de identidades queer, no binarias o disidentes. A partir de esta crítica, Landridge sugiere que en el contexto de la psicoterapia con consultantes de la Diversidad Sexual, debemos constantemente construir y reconstruir la identidad desde una concepción de la identidad como sujeta a multiplicidad, inestabilidad y a regulaciones del entorno (Landridge, 2008).

5.2 Contribuciones desde la sistémica posmoderna

Simon y Whitfield, (2000) señalan que la psicoterapia desde un enfoque socio construccionista ofrece un marco coherente para el trabajo con población LGBT al poner atención al Poder y a desafiar las nociones tradicionales acerca de lo patológico, de la sexualidad, el género y los estilos de vida.

Complementariamente, la terapia sistémica se preocupa por expandir las nociones de ética profesional, al incorporar las variables del contexto, el poder y las diferencias sociales. Ello incluye también, la noción de ética en tanto revisión de nuestros propios valores y creencias como terapeutas en vez de darlos por sentado. Ello, junto a un posicionamiento explícito a favor de aquellas voces y culturas marginalizadas (Butler y Byrne, 2008).

El construccionismo social y la psicoterapia sistémica se ven influenciadas por el trabajo de Foucault en su examen de las variadas formas en que las

personas de las sociedades occidentales han sido catalogadas como normales o anormales. Dentro de dicho marco de referencia, el lenguaje es un instrumento del Poder, y las personas en una sociedad tendrían poder en la medida en que puedan participar en la variedad de discursos que dan forma a la sociedad (Butler y Byrne, 2008)

En síntesis, respecto de la práctica clínica en Diversidad Sexual, la Teoría Queer se complementa con el construccionismo social y con los desarrollos sistémicos posmodernos, buscando la deconstrucción del poder heteronormativo y las prácticas opresoras presentes en las vidas de los consultantes. El construccionismo social y la terapia sistémica se proponen deconstruir estas narrativas de formas concordantes a como lo hace la Terapia desde una perspectiva Queer, sometiendo a análisis crítico a los discursos dominantes opresores (Butler y Byrne, 2008)

MARCO METODOLOGICO

1. Posicionamiento epistemológico

La presente investigación se sitúa desde el Paradigma Comprensivo-Hermenéutico (Calventus, 2000). En el cual, en un nivel ontológico- y a diferencia del Paradigma explicativo positivista - la Realidad no es objetiva sino construida socialmente a través de la interacción humana, siendo además determinada histórica y socio culturalmente (Ruiz, 2013).

A nivel epistemológico, a la realidad que se investiga- de carácter dinámico y holístico- no se accede a través del método científico, sino a través de la comprensión e interpretación. Por otra parte, la producción de conocimiento emerge desde el mundo interior de los actores sociales, reivindicándose la subjetividad como fuente de conocimiento (Ruiz, 2013).

Respecto de la relación entre el investigador (sujeto) y lo investigado (objeto), el Paradigma comprensivo hermenéutico los considera inseparables (Ruiz, 2013). El investigador forma parte de aquello que investiga, destacándose el rol de los valores en la tarea de la investigación social (Ruiz, 2013), así como su compromiso ideológico y político (Calventus, 2000). La actividad investigativa se ve influida por las intenciones del investigador, su elección de paradigma, y la adscripción a ciertas teorías que fundamentarán la investigación, y que guiarán la recolección y análisis de la información (Ruiz, 2013)

A las coordenadas epistemológicas explicitadas, la presente investigación se enmarca además dentro de una perspectiva epistemológica construccionista.

En tanto metateoría y socioepistemología, el construccionismo se ha posicionado como una alternativa al modelo empiricista científico dominante en la Psicología. (Ibañez, 1994). Influido ampliamente por el giro lingüístico y la filosofía del lenguaje de la segunda mitad del siglo XX- con el segundo Wittgenstein como

uno de sus principales representantes- se caracteriza, en primer lugar, por dar gran énfasis al lenguaje. De acuerdo esta perspectiva, vivimos en un mundo que permanentemente construimos, y esta construcción es a través del lenguaje (Barret Pearce, 1998; Gergen, 1985). Éste último tendría funciones tanto constructivas como formativas (Sisto, 2012), lo cual quiere decir que las propiedades de los objetos se hallan en nuestra forma de hablar sobre ellos, y no en los objetos en sí mismos (Gergen, 1985). De este modo, las palabras no serían un reflejo de la mente ni de una naturaleza pre existente, sino que su fuente es la interacción social (Gergen, 1989, citado en Sisto, 2012).

En segundo lugar, desde esta perspectiva epistemológica, el mundo es construido a través de una red relacional simbólica, generadora de discursos y significados compartidos que preceden y trascienden al individuo (Gergen, 1985). Así, para el construccionismo social la dimensión relacional prevalece por sobre la individual, y sujeto se incorporar a un sistema de relaciones, espacios discursivos y actividades sociales que lo preceden y que se estructuran en torno a reglas de obligatoriedad (Barret Pearce, 1998; Jubés, Laso y Ponce, 2000)

En tercer lugar, respecto del conocimiento, desde la perspectiva construccionista, este no se ubica en la mente de los sujetos, sino en el intercambio social (Gergen, 1989, citado en Sisto, 2012). Los intercambios sociales generan significados compartidos que constituyen formas de comprensión o versiones de la realidad. A partir de procesos de comunicación, negociación, conflicto y consenso, ciertas formas de comprensión prevalecerán sobre otras, siendo finalmente consideradas como verdaderas y operando como tal (Gergen, 1985). Así, el conocimiento científico, no sería verdadero ni adecuado en sí mismo, sino racionalmente aceptable dentro de determinados consensos, hasta que uno más convincente sea formulado (Gergen, 1982, citado en Ibañez, 1994).

En cuarto lugar- inscrito dentro del Paradigma comprensivo hermenéutico- el construccionismo pone igualmente énfasis en la dimensión ética y política del la producción del conocimiento científico, pero enfatiza aún más en la necesidad de

poner atención a los aspectos morales de su producción. Desde ahí la relevancia de explorar los intereses personales y políticos que subyacen a las preguntas de investigación (Banister et al., 2004). Ello supone que la investigación siempre se lleva a cabo desde una posición particular del investigador, que define el problema a estudiar, su forma de interactuar con aquello que investiga y la forma particular de sentido que finalmente se genera (Banister et al., 2004). A partir de estas premisas, se releva la necesidad de mantener una actitud reflexiva en la actividad de investigar, en tanto siempre tendrá efectos en aquello que se investiga (Banister et al., 2004).

De este modo, y en consideración con lo expuesto, la epistemología construccionista es coherente con el énfasis puesto en la presente investigación respecto de la responsabilidad política tanto de la disciplina psicológica como del quehacer investigativo, planteándose crítica de aquellas tradiciones en psicología que suponen la existencia de los problemas psicológicos como esencialmente individuales, de la neutralidad del conocimiento y la práctica clínica, y del problema del poder en la construcción de conocimiento.

Del mismo modo, desde un posicionamiento construccionista, surge el interés por el cuestionamiento de aquellas asunciones dominantes y consideradas evidentes en la vida social contemporánea, para así elaborar teorías generativas que se puedan traducir en nuevas alternativas de acción social (Gergen, 1982, citado en Ibañez, 1994; Gergen, 2007)

En el marco de este trabajo adicionalmente, el estudio de los discursos en tanto lenguaje en interacción, o en tanto patrones de significado compartidos (Iñiguez, 2003) se inscribe dentro de una epistemología construccionista por el énfasis en el lenguaje como acción descrito previamente.

2. Enfoque

La presente investigación se enmarca dentro de un enfoque cualitativo, en tanto persigue la comprensión del sentido de lo que individuos o grupos quieren decir a través de sus palabras, por medio de la interpretación y el diálogo (Sandoval, 1996).

El enfoque cualitativo se considera pertinente para abordar el objeto de estudio de la presente investigación, a saber, los discursos de terapeutas sistémicos respecto de la psicoterapia con pacientes LGBT. Ello, porque los objetivos propuestos tienen que ver con la comprensión de dichos discursos, y no la verificación o comprobación de hipótesis elaboradas previamente.

En coherencia con la mirada holística, característica de este enfoque, la profundización necesaria para lograr comprender los sentidos de los hablantes requiere que estos sean mirados dentro de su contexto (Mella, 1998). La sensibilidad investigadora de las metodologías cualitativas, consideran el contexto social y físico en el cual la investigación se lleva a cabo (Iñiguez, 2008). En el caso de la presente investigación, los discursos de los/las terapeutas se sitúan en el contexto de la atención pública de salud en la ciudad de Santiago. A partir de la experiencia subjetiva de estos en sus particulares contextos de trabajo, es posible construir generalizaciones que permitan pensar las relaciones sociales y de poder que se reproducen en la práctica de la psicología clínica con población LGBT, situados en el contexto de la salud pública chilena.

A ello apunta el carácter inductivo de este enfoque, donde desde un plano subjetivo e intersubjetivo, se busca generar lecturas que puedan ser comprendidas en términos teóricos (Bassi, 2015). Si bien el punto de partida es el punto de vista de quienes producen y viven la realidad social, los rendimientos de la investigación exceden el contexto concreto de su realización, aportando en términos teóricos a la comprensión de la realidad social (Sandoval, 1996).

3. Tipo de investigación

La presente investigación cualitativa es de tipo exploratorio y descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Exploratorio, en tanto se persigue explorar en los discursos de terapeutas sistémicos/as que han trabajado con Diversidad Sexual en el entendido que desde dichos discursos se facilita o no ciertas formas de relaciones sociales relevantes en la construcción de sujeto social y de clínica en contexto de atención público a la diversidad sexual, por lo que esta investigación se constituye en un acercamiento inicial relevante para comprender los discursos de terapeutas sistémicos/as sobre la atención clínica a personas LGBT en contexto de atención público.

El presente estudio es además descriptivo, en tanto interesa indagar cómo se manifiesta un fenómeno determinado y cuáles son sus características, en este caso, los discursos de los terapeutas sistémicos respecto de la psicoterapia LGBT en la red de pública de salud.

4. Método

En el campo de las ciencias sociales, el construccionismo demanda situar la mirada en los procesos sociales que otorgan sentido y existencia a la realidad social, los cuales se ubican entre las personas y no dentro o fuera de éstas (Sisto, 2012). No obstante, su estudio no se ajusta a las reglas del método científico ni a los laboratorios sociales. Ello hace que emerja una crítica profunda a la utilización de los métodos de las ciencias naturales en la investigación social. Se requieren, en cambio, métodos capaces de dar cuenta de esta complejidad intersubjetiva, lo cual tuvo como consecuencia el surgimiento de la Perspectiva Discursiva (Garay, Iñiguez y Marínez, 2005; Sisto, 2012).

Inscrita dentro del paradigma construccionista, su aporte fundamental en el estudio e investigación en Psicología ha sido el proponer nuevas formas de entender lo psicológico como discurso y como acción social.

En su vertiente más cercana a la Psicología social crítica, la Perspectiva Discursiva contribuye a la comprensión de problemáticas sociales que involucran opresión y desigualdad (Van Dijk, 2003 en Iñiguez, 2003) al enfocarse en el análisis detallado del texto y del habla donde estas situaciones se expresan (Iñiguez, 2003).

Deudora de las corrientes teóricas y filosóficas que dan origen a la Perspectiva Discursiva, surge el Análisis de Discurso. Este no sólo se constituye una perspectiva teórica sino que también va decantándose en una herramienta metodológica o técnica (Sisto, 2012).

A partir de la definición de discurso como conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. (Iñiguez y Antaki, 1994), el Análisis de discurso es el estudio de cómo las prácticas lingüísticas actúan promoviendo y manteniendo relaciones sociales (Iñiguez y Antaki, 1994).

En el marco de esta investigación, es precisamente aquello lo que se busca conocer y describir: qué discursos sostienen los/las manera los terapeutas sistémicos respecto de la práctica clínica con población LGBT, qué tipo de relación social construyen estos discursos, qué función tienen y qué se obtiene de su articulación (Sisto, 2012).

5. Unidades de información, criterios de selección e inmersión en el campo.

La presente investigación involucra la participación de cuatro psicoterapeutas que trabajan en contexto de salud pública de la región metropolitana, quienes fueron seleccionado/as según un muestreo por conveniencia u opinático (Ruiz, 2007) en el cual el investigador selecciona a los sujetos que han de componer la muestra a través de criterios estratégicos que permitan no sólo optimizar el tiempo y recursos disponibles, sino también acceder a aquellos sujetos más idóneos en términos de sus características para responder a los objetivos del estudio.

Para una selección que se adapte a los propósitos de esta investigación se han definido los siguientes criterios de inclusión:

- Psicólogos/psicólogas que se encuentren actualmente trabajando en la red de salud pública
- Que hayan tenido o tengan experiencia en atención clínica a consultantes LGBT
- De formación sistémica

Los criterios de exclusión, en tanto, se considerarán psicólogos/as que no trabajen en la red de salud pública, que no hayan tenido experiencia en atención clínica con consultantes LGBT, y que no trabajen o no se hayan formado desde el enfoque sistémico.

La inmersión en el campo se realizará a través del contacto con profesionales del área de la salud a quienes se solicitará referencias de psicólogos/as que cumplan con los criterios de inclusión.

6. Técnica de producción de información.

En coherencia con los discursos como objeto de estudio de la presente investigación, utilizará entrevista cualitativa abierta, entendiéndola como “técnica social que pone en relación de comunicación directa cara a cara a un investigador/entrevistador y a un individuo entrevistado con el cual se establece una relación peculiar de conocimiento que es dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable” (Gaínza, 2006, citado en Canales, 2006).

El propósito de esta técnica es la exploración del mundo subjetivo del informante, intentando comprender y acceder a esa particular subjetividad y vivencias (Ruiz, 2013).

A través de respuestas expresadas libremente por el entrevistado, busca acceder a aspectos profundos de su manera de pensar y sentir, tales como

valoraciones, motivaciones, deseos, creencias, esquemas de interpretación; así como coordenadas psíquicas, culturales, de género y de clase (Canales, 2006).

Por sus características de flexibilidad y apertura, la entrevista cualitativa abierta permite que se genere un proceso dialógico que facilite la aparición de emergentes otorgando riqueza a los resultados, permitiendo además una mayor adaptación a las necesidades de la investigación y al momento único y singular del encuentro con el entrevistado (Ruiz, 2007); posibilitando, por ejemplo, que el entrevistador pueda indagar más sobre aquellos relatos que le parezcan contradictorios (Ruiz, 2013). Ello reviste importancia en tanto -como se planteó previamente – el/la psicólogo/a se encuentra cruzado/a por discursos diversos y en ocasiones contradictorios respecto de la diversidad sexual y la práctica clínica con dicha población.

La apertura de esta técnica, por su parte, asegura las condiciones para que el entrevistado elabore sus respuestas en sus propios términos, permitiéndosele configurar o corregir sus significados, y que estos puedan emerger oralmente desde dimensiones más profundas, en un tiempo que facilite dicho proceso (Canales, 2006)

No obstante las ventajas señaladas, para asegurar la exploración de aspectos esenciales del fenómeno explorado, se ha definido una pauta de temas a abordar, que mantenga la apertura de la técnica con el fin de no constreñir la conversación sino más bien dirigirla para poder profundizar en ciertas temáticas centrales y así dar cuenta de los objetivos de la investigación.

Finalmente, se considera que esta técnica es apropiada para los objetivos de este estudio en tanto permite acceder a cómo los/las psicólogos/as se apropian de los discursos socialmente disponibles, su posicionamiento ético, experiencias clínicas, y cómo se articula su praxis en el particular escenario institucional que habitan; así como las formas en que aparece el/la usuario/a sexualmente diverso/a.

7. Técnica de análisis

Para el análisis de la información producida a partir de las entrevistas, se considera pertinente realizar Análisis de Discurso en tanto herramienta de análisis. Coherente con una visión antirrepresentacionista del lenguaje, esta técnica resulta útil para examinar críticamente ideas culturales prevalentes y distinguir modos comunes de hablar acerca de temas particulares y sus efectos, yendo más allá de la literalidad para buscar intencionalidad (Clarke et. al, 2010).

Desde esta perspectiva analítica, se considera que el discurso excede a todo texto, intentándose leer entre líneas para dilucidar, por ejemplo, a quién está dirigido lo que se dice, quiénes se van a ver movilizados por ese texto, qué efectos puede producir en el otro y desde dónde se posiciona el hablante. El sujeto hace una enunciación de un discurso que no le es propio, sino que responde a una historización de sí mismo y a discursos sociales que hablan a través de sí (Iñiguez, 2003).

En este sentido, el Análisis de Discurso constituye una herramienta útil para indagar en aspectos más sutiles del hablante, no siendo el foco principal el dar cuenta de actitudes, acciones y de enunciados que denoten una problemática social, sino cómo esta es producida y reproducida en el discurso y en la interacción social en un contexto determinado (Clarke et. al, 2010). En particular, para los efectos de esta investigación, se contempla la utilización de Análisis Crítico del Discurso (ACD) (Van Dijk, 1999) al ser- dentro de las tradiciones del Análisis de Discurso- la que coloca mayor énfasis en las acciones sociales puestas en práctica a través del discurso (Iñiguez, 2006;).

Dentro de la perspectiva del ACD, el discurso tendría el poder de acción sobre las personas, poniéndose énfasis en el papel de éste en el ejercicio de la exclusión, dominación, las desigualdades y la marginación (Iñiguez, 2006). Ello resulta especialmente relevante dada la construcción del problema propuesta en la presente investigación, en el contexto de desigualdad en el acceso a una salud mental de calidad y de prácticas discriminatorias hacia la población LGTBI.

Adicionalmente, dentro de las distintas escuelas de ACD, se consideró pertinente la utilización de la propuesta de análisis de Ian Parker (1992; 1996), perteneciente a la vertiente anglosajona del ACD.

Las propuestas teóricas y analíticas de Parker son pertinentes para los efectos de esta investigación, en tanto ponen énfasis en la observación crítica del Complejo Psi (Parker, 1992), refiriéndose a las formas en que las personas son observadas y reguladas por la Psicología tanto académica, profesional e incluso popular (Pavón-Cuéllar, 2011). Desde ahí, Parker considera la noción del discurso como sistema de significados organizadores de la subjetividad, y productores de distintos tipos de psicología, basándose además en la noción Foucaultiana del discurso como práctica que sistemáticamente define el objeto del cual habla (Parker, 1996).

8. Procedimiento de análisis

La propuesta analítica desarrollada por Ian Parker (1992; 1996) contempla la realización de veinte pasos que se detallan a continuación. En la presente investigación, no obstante, se utilizará la adaptación de esta técnica analítica propuesta por Morales (2010), la cual organiza los pasos desarrollados por Parker (1996) en tres fases o momentos:

a) Fase descriptiva:

1. Transcripción de la entrevista
2. Aproximación al corpus textual de manera libre
3. identificación y descripción detallada de los objetos que aparecen en el texto, y los mundos que recrean cada vez que se lee. Estos objetos están organizados por medio de estilos de habla concretos.
4. Aludir a estas formas de habla como objeto de estudio o discursos, lo cual nos acerca a poder identificar los discursos que los mantienen agrupados.

5. Identificación y descripción detallada de los sujetos que aparecen en el texto y reconstruir, como un dispositivo para explorar el derecho a hablar en el seno de estos discursos, lo que cada uno tiene que decir dentro del marco de reglas propuestas por el texto.

6. Reconstruir los derechos y responsabilidades de los sujetos más importantes del texto y de las redes de relaciones que se reconstituyen.

b) Fase analítica interpretativa o de discusión del texto:

7. Identificar las distintas versiones de los mundos sociales que aparecen en el texto. Ello guarda relación con la red de relaciones que el texto suscita al investigador.

8. Especular sobre el modo en que cada una de las formas de organizar el mundo, cada discurso, atiende a las objeciones de estas instrucciones y a las reglas culturales encubiertas detrás de ellas.

9. Identificar contrastes y concordancias entre las distintas formas de habla.

10. Identificación de las ocasiones en que estas formas de habla se solapan.

Detención en las contradicciones de las formas de habla entre las voces del texto.

11. Hacer comparaciones con otros textos para evaluar la manera en que se dirige el habla a distintas audiencias.

12. Elección de la terminología adecuada para nombrar los discursos y organizar de este modo la lectura del texto. Implica la identificación de discursos centrales en el texto.

c) Fase interpretativa crítica:

13. Estudio del dónde y cuándo de la aparición de estos discursos.

14. Describir la forma en que estos discursos operan, naturalizando aquello a lo que se refieren, y el cómo definen los objetos acerca de los que hablan, de forma tal que no tendría sentido el cuestionar su existencia. Esto guarda

relación con del papel de los discursos en la vida de las instituciones con las que se relacionan, las relaciones de poder que reproducen y la transmisión ideológica que reiteran.

15. Examen de la función de los discursos en la reproducción de las instituciones.

16. Exploración de los discursos que subvierten esas instituciones. Esto, dado que las instituciones son las que estructuran la vida social y al mismo tiempo restringen la subjetividad.

17. Examinar de aquellos que se benefician de estos discursos y aquellos que los sufren.

18. Considerar de quienes apoyan y quienes desacreditan estas formas de hablar.

19. Mostrar cómo se vinculan a otros discursos deseosos de poder

20. Cómo reproducen o retan concepciones dominantes, así como lo que pueden cambiar y las posibilidades que brindan a futuro.

Se contempla durante el proceso de análisis, y especialmente en la primera fase, la triangulación con la asesora metodológica de la investigación, de las interpretaciones generadas. Esta decisión se sustenta en las recomendaciones señaladas por Parker (1996), en las cuales señala no ser recomendable el abordaje del Análisis Crítico del Discurso de manera individual. Ello, porque la incorporación de otras miradas enriquece el proceso al permitir incorporar elementos que la investigadora pudiese desechar o no considerar relevantes en un principio, pero que después podrían ser de utilidad.

9. Consideraciones éticas

Como parte de los de los aspectos éticos a considerar dentro de estudio empíricos con participantes, se contempla la entrega de un consentimiento informado para ser firmado tanto por los participantes como por la investigadora

responsable, en el cual se expliciten los objetivos de la investigación, su alcance, la información de contacto de la investigadora responsable, así como las condiciones de recogida de información. A través de dicho documento, se proveerá también información sobre las condiciones que protegen la identidad del participante, y que aseguran la voluntariedad de su participación en todo del proceso (Bassi, 2015).

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del análisis crítico del discurso a partir del método propuesto por Parker (1996). A partir de esta propuesta, el análisis se realizó considerando las cuatro entrevistas como un solo texto a analizar, presentándose los resultados a través de la recapitulación de los pasos mediante los cuales se fueron realizando las asociaciones, conexiones y reflexiones, con el fin último de responder a la pregunta y objetivos de la investigación. Adicionalmente, de acuerdo a la adaptación de este método desarrollada por Morales (2010), se presentarán los resultados divididos en tres fases. Una primera fase descriptiva, una segunda fase analítica interpretativa y una tercera fase interpretativa crítica. Cada una basada en la anterior y con un nivel creciente de complejidad.

1. Fase descriptiva

Una vez transcritas las entrevistas (véase Anexo II), se procedió a hacer una lectura del texto de forma libre, proceso que da lugar a anotaciones analíticas al margen, que pueden ser utilizadas en los pasos siguientes. Posteriormente, se procedió a detallar sistemáticamente los objetos que parecen el texto, reconstruyendo el tipo de mundo que presupone y recrea al ser leído. Así, se presentan los siguientes objetos identificados, acompañados de citas que ejemplifiquen y apoyen su comprensión:

Instituciones administradoras del Sistema de Salud: Divisiones gubernamentales encargadas de generar políticas públicas, administrar, supervisar y gestionar la salud de la población. En el texto aparece el Ministerio de Salud como una entidad capaz de emitir nuevas reglas, lineamientos y metas a las instituciones que administra. Aparece además preocupado por la maximización de

la productividad de los centros de atención, instando a ampliar el número de atenciones.

Adicionalmente, aparece en el texto el Servicio de Salud, organismo gubernamental dependiente del Ministerio de Salud encargado de gestionar, supervisar y velar por el cumplimiento de metas sanitarias propuestas desde el Ministerio. Aparece preocupado principalmente por el cumplimiento de estas últimas con el fin de mantener el financiamiento de los programas, en detrimento de la preocupación por el proceso terapéutico de los usuarios.

“(...) desde el Servicio de Salud ¿ya? no importa mucho lo que le pase a las personas, y esto lo digo así con mucha claridad y no es ninguna injuria. De que el sistema de salud, lo que le importa es la meta, o sea que yo de aquí a fin de año haya cumplido con 700 fichas CLAP y eso va a hacer que el convenio se renueve en salud... y llega la platita para el otro año y así nos vamos moviendo” (T.1, pág. 4)

“(...) No obstante, el año pasado a raíz de emmm... yo no manejo mucho en términos como técnicos, pero hubo una especie de resolución eh... desde el Ministerio de Salud ¿ya? Como ciertas indicaciones, y en el fondo emmm... llegaron, llegó distintas observaciones a todos los COSAM y una de las observaciones que recibió el COSAM, es que la producción, a diferencia de otros espacios no estaba siendo la misma ¿ya? Y términos como de cantidad no era lo mismo que otros, que otros COSAM. Y eso significó un cambio, una planificación total. De hecho yo atendía a todos mis pacientes una hora, cada quince días y los casos que eran más complejos los podía citar, incluso hacer un sobrecupo a la semana siguiente (T.2, pág. 3)

Programas: Acciones implementadas por el gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población y garantizar el acceso masivo a los centros de atención. Es un instrumento enfocado a llevar a cabo las políticas públicas a través de la promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la

salud. Es así como en el texto aparecen diferentes programas, enfocados tanto a población adulta como infanto- adolescente, destinados a prevenir conductas de riesgo, suicidio y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Otros cuyo objetivo es la prevención de factores de riesgo sanitarios y de enfermedades físicas en personas de todo rango etario. Otros dirigidos a población adulta con diagnósticos específicos como Trastornos de ansiedad y Trastorno Bipolar, cuyo objetivo es la estabilización y remisión sintomática. Y por último, programas dirigidos a población infanto-adolescente, cuyo objetivo propuesto es la extinción del consumo de drogas en jóvenes, sin embargo en la práctica se trabaja desde el objetivo de la reducción de daño. Cabe señalar que están destinados a *hombres o mujeres*, realizando sólo estas dos distinciones posibles.

“El (objetivo) del programa ambulatorio básico es la extinción del consumo, en este caso. Y pero obviamente, nosotros trabajamos acá desde la reducción del daño. Eso es como principalmente nuestro objetivo como más básico, y por el cual también podemos abordar obviamente a muchos jóvenes que tienen naturalizado el consumo en general de Marihuana, cosas que son difíciles también de abordar muchas veces ahí y obviamente que sin guía de uno.” (T.3, pág 1)

“Lo que buscan los, los dos programas es prevenir. Está en la parte de promoción de salud y es prevenir enfermedades no, no transmisibles, prevenir ¿cierto? enfermedades de eh... salud mental, factores de riesgo en la adolescencia. Por ejemplo el programa de Espacios Amigables nace con el tema del embarazo adolescente, bajo ese alero. Luego comienza a detectar el tema de abuso de sustancias, el tema de sexualidad, las infecciones de trasmisión sexual, eh... y el tema, el tema netamente de prevención del suicidio. Esto es lo que estos programas buscan. En el fondo prevenir las conductas de riesgo en los usuarios.” (T.1, pág. 3)

“El programa de Trastornos Emocionales Adultos, es un programa que atiende personas con trastornos del ánimo, en dos diagnósticos supuestamente, Trastorno de Ansiedad y Trastorno Bipolar. De hombres, mujeres eh... o de cierta

manera está definido así, no agrega un tercer género posible, entre 18 y 90 años, lo que sea...” (T.3, pág 1)

Hospital: Aparece como un lugar de gran extensión, de funcionamiento complejo, estéticamente feo, en el cual circula una gran cantidad de personas; pacientes, personal médico y administrativo, etc., dentro del cual es difícil moverse. Posee un sello comunitario y de trabajo en red, entendido este último como una forma de organización del sistema de salud basado en la coordinación y comunicación constante entre distintas divisiones de la institucionalidad pública. Refiere al trabajo conjunto de profesionales de distintas disciplinas en torno a un mismo caso, siendo el objetivo su abordaje integral.

Debido a la complejidad de su funcionamiento, a nivel de los profesionales, aparece como una escuela en tanto ofrece la posibilidad de aprender una gran variedad de habilidades y desarrollar diversas competencias

“Barros Luco en realidad es un lugar medio eh... así... es como un monstruo institucional eh... es súper difícil moverse adentro del hospital, es complejo, es exigente y todo, pero sales como em... o sea... sales sabiendo muchas cosas, y no creo que pase tan desapercibido en la pasada de alguien por el Barros Luco. Porque es una buena escuela, para formarse en cosas como eh... que yo sé que quizás instituciones más chiquititas no te la dan.” (T.4, pág, 4)

“(...) el Barros Luco tiene esa... ese sello, como en ese hospital nació el proyecto antes de la dictadura, de trabajo comunitario en salud mental. Entonces eh... se retomó ahí cuando volvió la democracia. (...)entonces teníamos mucha pega comunitaria desde ese lugar, como... como bien específico. Teníamos por ejemplo... nosotros hacíamos todas las semanas consultoría en los CESFAM del territorio, para poder trabajar en red con ellos, los pacientes. (...)Entonces teníamos que tener mucho contacto con la municipalidad o la red local de salud y todo eso.” (T.4, pág. 2)

COSAM/CEIF: Unidad de salud mental de nivel secundario perteneciente a la Red de Atención Pública de salud. Su objetivo es satisfacer las necesidades y problemáticas de salud mental de la comunidad en la cual está inserto, prestando atención a familias y usuarios de todas las edades, atendiendo problemas y trastornos mentales de moderada a alta complejidad. Para poder acceder a dichas prestaciones, las personas deben estar afiliadas al sistema de salud pública, siendo derivados desde los centros de atención primaria. Se compone de profesionales de distintas disciplinas. Se trabaja desde un enfoque comunitario, planteándose como un dispositivo inserto en el territorio y en la comunidad a la cual sirve, tratando de instalar una relación de cercanía con los usuarios.

“(respecto del objetivo del COSAM) ser un espacio, primero donde las personas tengan acceso. A poder eh... trabajar eh... o ser apoyados... en lo que concierne a la salud mental desde una... un énfasis clínico, con una mirada más clínica. Eh... y que eh... de un tiempo a esta parte se ha abierto más a una mirada más comunitaria. De que haya mayor articulación de que haya... eh, de alguna manera el COSAM no sea solo una unidad clínica, si no que favorezca también el que los pacientes lo vean como una entidad parte de todo lo que es la comunidad”
(T.3, pág. 2)

Ficha CLAP: Instrumento que consigna datos sociodemográficos, epidemiológicos, y estado de salud de la población de interés, en este caso, de adolescentes. Pesquisa factores protectores y de riesgo en el ámbito de la prevención de enfermedades. Consigna definición e identificación de orientación sexuales predeterminadas (heterosexual, homosexual, bisexual)

SOME: Servicio de Orientación Médico estadístico. Sistema que opera como la puerta de entrada para ser beneficiario de gran parte de las prestaciones entregadas por los distintos establecimientos de Salud dependientes del Departamento de Salud Municipal. Físicamente, está representada por una ventanilla. Utiliza principalmente el RUT como unidad básica de identificación de las personas, que otorga toda la información del paciente que el sistema de salud

considera relevante. Aparece con características de funcionamiento anticuado y precario. Para las personas Trans constituye un problema que puede derivar en maltrato institucional en tanto no hay espacio para consignar nombre social, tomando en cuenta solamente nombre registral.

Vía Clínica para la adecuación corporal: Herramienta de gestión clínica que busca facilitar la atención sistemática y multidisciplinar del pacientes considerados dentro de la categoría de incongruencia entre sexo físico e identidad de género. El documento establece los procedimientos y criterios de elegibilidad para que los pacientes puedan acceder a intervenciones de adecuación corporal tanto hormonales como quirúrgicas. No obstante, estas transformaciones sólo pueden ser dentro de una lógica binaria: transformación a hombre o a mujer.

Psicoterapia: Espacio de encuentro entre un profesional psicólogo/a y un consultante o sistema consultante, destinado a acoger sus malestares y problemáticas, y a través de estas pueda elaborar, dilucidar y entender. El objetivo último de este espacio es el desarrollar en el paciente mayor agenciamiento y responsabilidad sobre éstos; mayor contacto con sus recursos personales y autonomía. Desde un mirada sistémica, tiene como finalidad ofrecer una mirada distinta a los discursos dominantes referentes a dicho malestar, siendo su objetivo último la liberación de los sujetos del sufrimiento ocasionado por dichas narrativas dominantes. Ello implica además el cuestionamiento y problematización de ideas culturales o ideológicas instaladas tanto en el consultante como en el/la terapeuta.

Asimismo, desde esta mirada la psicoterapia tiene como horizonte el generar nuevas dimensiones de comprensión, y diferentes formas de relacionarse con aspectos de la vida (*mundos*) que puedan ser problemáticos para el consultante.

La psicoterapia en el contexto de Salud Pública es parte de un tratamiento prescrito usualmente por un médico, un psiquiatra o por alguna instancia legal.

“(respecto del propósito de la psicoterapia) Ir liberando cosas ¿me entiendes? Más que trabarlas. Yo siento que es importante como más bien generar esa posibilidad de que aparezcan más dimensiones de comprensión, aumentar ese número de distinciones posibles. Y que obviamente eso... pueda también permitir que las personas se muevan más fluidamente, se relacionen más fluidamente con sus mundos.” (T.3, pág.6)

Relación terapéutica: Vínculo entre terapeuta y paciente necesario para poder llevar a cabo el proceso psicoterapéutico, y fundamental para que este tenga lugar. Para que la relación terapéutica pueda establecerse y consolidarse, se requieren actitudes por parte del/la terapeuta de respeto absoluto y aceptación incondicional hacia el consultante. Ello posibilita que se instale un clima de confianza y validación mutua.

A partir de dichas características, esta relación debe marcar la diferencia respecto de las relaciones del usuario con otras instituciones y profesionales. El cuidado del vínculo con el usuario y el paciente aparece como algo fundamental, más importante incluso que la formación teórica. Un buen vínculo terapéutico facilita la adherencia a la psicoterapia.

Aparece además como una relación normada por ciertos códigos de conducta tanto por parte del paciente como del terapeuta.

“yo siento que no, no hay psicoterapia si no hay una relación ¿cierto? Eh... de sentir que cuento, o sea... de tener una paciente frente a mí, en el fondo, pero también que esa paciente sienta que cuenta conmigo, que cuenta para poder trabajar lo que le genera sufrimiento, para poder trabajar eso que la trae a terapia.” (T.2, pág. 5)

“Entonces cuando él está muy psicótico bebe, para manejar los síntomas psicóticos. Entonces le pasó que tuvo una pelea en la casa y empezó a escuchar voces, a escuchar voces y... se tomó no sé tres litros de cerveza y quedó mal, muy mal y en eso empezó a llamar por teléfono a otras personas a otros usuarios

del programa y les dijo a todos que estaba enamorado de mi ¿cachai? Como... una cosa muy inadecuada, después no lo reconoció. Bueno un montón de dificultades. Entonces le cambiamos terapeutas y se empezó a atender con un hombre .” (T.4, pág. 16)

Psicoterapia con consultantes LGBT: Aparece como un proceso frente al cual no distinguen a priori diferencias respecto de la psicoterapia con consultantes no LGBT. La Orientación sexual o Identidad de género del consultante aparecen dentro de una dimensión de la vida de este, que se tiene en cuenta en terapia, pero que no se problematiza, ni se intenta cambiar o *reparar*. Se tiene en cuenta en tanto aspecto que pudo haber generado situaciones complejas en su biografía, las cuales pueden ser potencialmente tema de la terapia. Respecto de la práctica misma, aparece como un contexto terapéutico en el cual que hay que poner especial cuidado en el uso del lenguaje así como en los aspectos no verbales, con el fin de iniciar un vínculo terapéutico y no reproducir maltratos institucionales previos. Adicionalmente, aparece como un campo de terapia en el cual es deseable estudiar y formarse, y que a la vez toca directamente el tema de los Derechos Humanos, frente a lo cual los terapeutas son interpelados a posicionarse.

“En el fondo es mostrar una postura empática de entender al otro, de ponerme en el lugar del otro y no cuestionarlo. Eso lo trato de...fue una de las cosas que aprendí en clínica y son de las cosas que trato de, de practicar mucho. En el fondo tener cuidado con mis juicios de valor, con la cotransferencia, o sea, si me pasó algo con el usuario no mostrárselo a él, sino que, probablemente revisarlo yo. Pero con ellos tratar de, de ser lo más, lo más eh... como te digo neutral. O sea en el fondo no mostrar ningún juicio de valor frente a ellos y mostrarme empática. O sea, en mostrar que lo que ellos me están diciendo es, en el fondo no tiene ningún cuestionamiento y ver si es que a ellos esto les complica o les genera algún conflicto, como tú me decías, para su identidad.” (T.1, pág., 8)

“Mira en términos de lo que es la terapia, yo creo eh... el hacer terapia, esto de... no sé desde lo más básico, construir un motivo de consulta, la escucha activa, el respetar ¿cierto? la historia que trae el otro emmm... o la otra. Yo creo que esos son aspectos que son generales, que son transversales a cualquier persona ¿me entiendes? Pero sí creo que frente a un paciente, no sé el mismo caso que te había comentado eh... yo ahora hace poco una, una paciente me planteo que ella no estaba a gusto con su cuerpo, que ella no se sentía mujer ¿ya? Emmm... y yo sentí... o sea esto tengo que averiguar, tengo que buscar información, porque no suelo ver pacientes con esa temática ¿me entiendes? desde aspectos teóricos como lo que involucra no sé, el proceso de transición ¿ya? Si bien hay aspecto que yo efectivamente eh... esperaba encontrar que (...) Yo creo que igual hay una responsabilidad de uno frente a un tema que desconoces”. (T.2, pág. 9)

Talleres: Dispositivo grupal que aborda temáticas específicas con los usuarios, cuyo objetivo es trabajar los distintos problemas, dificultades, malestares que presenten. Se piensa como un dispositivo que acerca al COSAM a la comunidad. Aparecen como un espacio de mayor libertad para el psicólogo/a en cuanto a poder diseñar, definir y dar énfasis a aquellos elementos que le parezcan relevantes.

“Por lo mismo, de hecho se hizo énfasis en los talleres, incluso los talleres que se estaban realizando, es como acompañar también a las personas para que puedan trabajar los distintos problemas, dificultades, malestares que presenten. Donde mi sensación también hasta hora, ha sido que los pacientes, las personas, las familias eh... son involucrados también de una manera bien activa. Que se hagan cargo también de sus procesos” (T.2, pág., 2)

Psicoeducación: Entrega de información por parte del psicólogo/a al usuario, consultante o al sistema consultante respecto de temas relativos al rol del psicólogo/a y a Salud Mental.

Aparece como un *mal necesario* en tanto es algo que incomoda llevar a cabo desde una mirada crítica de la Psicología tradicional. Esto, ya que implica un ejercicio de poder y performar un rol de experto en la relación con el/los consultantes. No obstante, se considera que tiene una utilidad práctica, bajo la premisa que al compartir información validada desde la disciplina, es posible generar sentidos comunes con el sistema consultante, y llevar a cabo intervenciones más concretas.

“Una parte importante de mi rol ahí es educarlos, explicarles que es lo que hace un psicólogo... porque generalmente ellos llegan y esperan que el psicólogo me dé casi una receta de lo que tengo que hacer como tengo que hacerlo. Entonces ahí hay que ir un poco desmitificando estos mitos para poder avanzar un poquito”. (T.1, pág. 5)

Supervisión: Espacio de reunión de equipo multidisciplinario en el cual se discuten casos considerados de *mayor complejidad* para los profesionales. Posee la función de apoyo, donde se puede realizar un ejercicio reflexivo de la propia práctica y opera como un *ojo externo* que monitorea la conducción del proceso. Espacio en el que además se toman decisiones sobre los pacientes y se aúnan criterios respecto de las intervenciones que se deciden para éstos.

Diagnóstico: Nomenclatura basada en los manuales diagnósticos CIE-10 y DSM que define una patología mental, su severidad y alcances. Recibir un diagnóstico opera como una condición previa necesaria para poder recibir una atención en salud. A partir de ese momento, se activa un protocolo que determina cuál es el camino que el paciente debe seguir dentro del sistema de atención y por qué tipo de profesionales debe ser atendido en función de su problemática. El diagnóstico es emitido principalmente por un médico. Al enunciar una patología, tiene una carga de significado que genera un estigma sobre el paciente, influyendo además en la construcción del motivo de consulta que este enuncia al momento de llegar a consultar al psicólogo/a.

“yo creo que una premisa importante es que para ser atendido en salud tienes que tener un... tiene que tener un nombre lo que a ti te pasa. Como tiene que estar escrito en alguna parte, tiene que estar escrito en un manual, tiene que tener un código eh... no se atiende como por problemática social, sino que tiene que haber alguien, por lo general un médico, que dijo que eso es un problema. Como, la persona no tiene posibilidad de decir cómo en realidad mi problema es, no es la depresión, si no que mi problema es que vivo en una población pobre, donde no tengo posibilidades de trabajar, porque tengo que hacerme cargo de mis nietos, por que... ¿cachai? Como...no hay posibilidad de que, de que la persona pueda enunciar su propia dificultad.” (T.4, pág. 9)

Trastornos: Patologías mentales clasificadas según la nomenclatura psiquiátrica. Implican dificultades en el funcionamiento de alguna de las dimensiones de la Mente humana, ya sea a nivel cognitivo, de funcionamiento social, anímico, etc. Además de causar sufrimiento y malestar al sujeto, se caracterizan principalmente por un desajuste social y una incapacidad para funcionar dentro de los marcos normativos sociales. Una de sus manifestaciones más graves sería la psicosis, que aparece como un factor de discapacidad social.

Malestar Psicológico/dificultades: Aquel sufrimiento o situaciones del usuario que le llevan a consultar a psicoterapia, o a ser derivados a ésta a través del sistema de atención primario de salud. Malestares más comunes guardarían relación con la ansiedad que genera el sistema social, específicamente en cuanto a la exigencia de productividad, o bien con tensiones derivadas de los cambios en el ciclo vital y dificultades relacionales en el contexto familiar. Las cualidades del malestar o problemática se van construyendo a partir del encuentro terapéutico, y van emergiendo como motivo de consulta. Esto, ya que la entrada al espacio de terapia es usualmente a través de una derivación desde el sistema de atención primaria de salud, específicamente, bajo un diagnóstico o nomenclatura que señala una patología.

Maltrato institucional hacia personas LGBT: Situaciones vivenciadas por usuarios LGBT en los servicios de salud pública, principalmente a nivel primario. Estas pueden consistir en el no reconocimiento y uso del nombre social del paciente en el caso de las personas Trans, comentarios inadecuados, tratos diferenciados, prejuicios, negación de la identidad de género. etc. Se da también a nivel de las instituciones escolares, a través de solicitar la intervención del psicólogo/a, llamar al apoderado, acoso por parte de pares. Y dentro de la familia en tanto institución social, a través de negación, violencia, intentos de reparar la orientación sexual o identidad de género, y situarlo en el lugar de los temas tabú.

“(...) se normalizan ciertos tipos de violencia o discriminación, incluso sin darse cuenta ¿ya? Estaba pensando de un caso que tiempo atrás se supervisó y que fue un caso bien complejo, porque era eh... una... chica que tenía muchos conflictos con su mamá ¿ya? La mamá no aceptaba que ella fuera eh... lesbiana ¿ya? Luego esto pasa de... eh... la chica señala que no es lesbiana, sino que ella no se siente mujer, sino que es hombre. Y eso, y eso se estaba supervisando, por ejemplo. Y en un momento, a mí me llama la atención que la chica la sigan... porque estaba todo en proceso de transición en realidad y luego la chica es chico, y solicita que le llamen, no me acuerdo el nombre, pensemos el nombre Juanito ¿ya? Y en el fondo las terapeutas plantean eso, “por favor llamémoslo, cuando supervisemos el caso, Juanito. Ya no como la chica...” y (...) pese a la indicación que hacen los terapeutas que estaban... las terapeutas emmm... de, de no sé personas que tienen cierto grado de poder, que son no sé, los psiquiatras, seguían definiendo, definiéndola como chica y no como chico ” (T.2, pág. 5)

“Y en definitiva, estoy pensando que esas conductas, que para mí igual fueron un poco... o sea violentas y de hecho yo planteé... o sea yo levanté la mano y dije “se llama de este nombre” y me hicieron así como “pfff, da lo mismo” una cosa así. Por eso me acuerdo del caso” (T.2, pág. 6)

“ (respecto de los consultantes LGBT) al menos lo que yo he conocido, son una población que... que es bien discriminada, sobretodo en la atención primaria,

muchas veces... y también por falta de capacitación también ¿me entiendes? Finalmente siento que falta como harta... bajada también, porque si hay capacitaciones a nivel como de cierta manera general. Siento que no es como que de cierta manera llegue a todo el personal. Quizás de repente, esa atención primaria que es la primera acogida de todos los sistemas de salud. Entonces obviamente reciben también un trato poco amable, muchas veces, maltratador de hecho... y obviamente hace que se extienda a todo lo que implica también salud en, en lo público. Pero obviamente tenemos que nosotros instalar una diferencia, sobre todo si estamos trabajando para tratar de proponer un bienestar en todas las dimensiones relacionales.” (T.3, pág.3)

Orientación sexual e Identidad de género del consultante LGBT: Aparece como un Derecho Humano, como una forma válida de vivir, sentir y llevar a cabo la vida sexual de una persona. No se considera un problema o patología en sí misma. No obstante, las orientaciones sexuales e identidades de género LGBT son consideradas una fuente de problemas de integración social. Un elemento que al ser motivo de estigmatización, prejuicio y discriminación, ocasiona estrés y sufrimiento a las personas, quienes pueden presentar múltiples vivencias de maltrato y violencia en su biografía.

Las orientaciones sexuales e identidades de género LGBT aparecen además como algo dinámico, en constante cambio y por lo tanto, difícil de alcanzar en su comprensión, lo que demanda al terapeuta buscar información o estudiar.

Aparecen además, como un aspecto de la identidad definido y elaborado en algunos pacientes, pero confusa en otros. En particular, cuando aparece desde el relato de personas diagnosticadas con psicosis, aparece como un aspecto desorganizado, difícil de asir para el/la terapeuta y de relacionarse con ello en tanto un aspecto de la identidad de esa persona.

Por último, en el contexto familiar, aparece como un tópico que se evita hablar ya que causa gran conflicto.

“Lo que pasa es que claro el elemento más psicótico ahí es que él... cuando empieza a tener como...o se empieza a proyectar como mujer y o como teniendo una pareja hombre “¿cachai?” Y todo esto como eh... porque además yo en algún momento le dije “pero si tú te identificas con el género femenino y te gustan los hombres, entonces no es homosexualidad” “¿cachai?” “¿Qué sería?” y me dijo “ah bueno sí puede ser” como “claro no sería homosexual, cuál sería el problema entonces” (T.4, pág.17)

Cuerpo: Territorio en el cual se ejerce poder. El sistema de salud asume que una modificación radical en el cuerpo requiere una evaluación psiquiátrica, bajo la premisa de una posible patología de base, que debe ser descartada por el médico psiquiatra para que el paciente pueda acceder a dicha modificación.

Territorio sobre el cual además se ejercen políticas públicas, siendo objeto de preocupación por parte de éstas.

El cuerpo además aparece como una herramienta de inteligibilidad social. El cuerpo es leído por otros en forma generizada, y por tanto, aparece como un territorio sobre el cual recaen y se asignan significados.

Por último, el cuerpo aparece como algo frente a lo cual una persona se siente cómoda o no, y que es susceptible de ser modificado. En particular respecto de la expresión de la identidad de género, el cuerpo puede sentirse concordante o no a ésta.

Continuando con los pasos del análisis propuesto por Parker (1996), a continuación se detallan los “sujetos” o personas que aparecen en el texto, reconstruyendo lo que cada una tiene que decir dentro de las reglas presupuestas por este, sus derechos y responsabilidades. Ello con el propósito de reconstruir los

derechos diferenciados a hablar de cada sujeto dentro del discurso. De este modo, tenemos:

a) Adolescentes: Aparecen como jóvenes suspicaces y desconfiados frente al estamento profesional, por lo cual en ocasiones es difícil establecer un vínculo. No obstante su reticencia a solicitar y recibir ayuda, aparecen como necesitados de ella en tanto espacio de escucha y elaboración.

Los adolescentes LGBT, en particular, aparecen con diferentes grados de definición respecto de su orientación sexual e identidad de género, necesitando ser escuchados y aceptados, tensionados por los conflictos familiares derivados de la develación de su orientación sexual o identidad de género.

Derechos y responsabilidades:

Tienen derecho a no tener definida su orientación sexual y su identidad de género y a no manifestarlas abiertamente. Tienen derecho a decidir en primera instancia si quieren ir a consultar a un psicólogo/a. Asimismo, tienen derecho a declinar la atención psicológica.

“Entonces lo que hacemos es ir a colegios, aplicar una ficha que es de salud ¿ya?, y ahí se pregunta la orientación sexual de los jóvenes. Ahí yo he tenido la experiencia de ir captando muchos jóvenes de la comunidad LGTB, los cuales muchas veces me han dicho que ellos todavía no la han dicho ¿ya? me he dado cuenta ahí, lo que yo he percibido es que si uno le pregunta: eh... ¿eres heterosexual, homosexual, eh... bisexual? Eh... tan así ellos no lo responden, se quedan mas o menos callados. Si uno les pregunta, “¿tienes claro?”, uno hace una pregunta más abierta, ahí ellos tienden a develar un poquito más la información. Y ahí he tenido la oportunidad de captar hartos niños que están en un proceso en que no se sienten aceptados, eh... no se sienten en confianza para decírselo a cualquier persona.” (T.1, pág., 2)

“Que lo que yo veo, en general los adolescentes lo único que necesitan es que alguien los entienda. De partida que alguien les diga estoy aquí para

escucharte y ellos liberan todo lo que tienen que decir. En ese sentido, la recepción ha sido muy positiva, ellos quieren atención, piden el contacto, luego los llamamos. Y desde ahí, varios han asistido pero algunos no han adherido.” (T.1, pág., 2)

b) Psicólogos/as: Profesional encargado de realizar procesos psicoterapéuticos, con el fin de ayudar a los pacientes a lidiar y/o resolver situaciones que les generan sufrimiento y malestar y a relacionarse de forma diferente con diversos aspectos de su mundo.

Derechos y responsabilidades:

Tiene el deber de enseñar a los usuarios acerca de qué es y qué hace un psicólogo.

Tiene el deber de realizar detección de problemas de salud mental y realizar la derivación oportuna. Esta pesquisa puede ser a través de instrumentos, como una ficha.

Tiene el deber de realizar psicoterapia, de facilitar la construcción de un motivo de consulta con el usuario y de proponer formas de bienestar en distintas dimensiones relacionales del consultante.

Tiene el deber de realizar acompañamiento, entendido como una actitud de presencia y disposición hacia el paciente.

Tiene el deber de generar un vínculo acogedor con el usuario, debiendo tener además un rol activo en otorgar un servicio de calidad y cercano.

Tiene el deber de adquirir herramientas para catalizar y generar cambios en el consultante. En este sentido, tiene la responsabilidad ética de informarse de tópicos que desconoce y que pueden ser útiles para el proceso. Asimismo, tiene el deber de ser autocrítico, no sólo en reconocer que hay conocimientos que no posee y que debe adquirir, sino también de aquellos aspectos de su práctica que debe mejorar.

Respecto de la institución en la cual se desenvuelve, tiene el deber de cumplir con los requerimientos de ésta, en términos de procedimientos y metas. Tiene el deber de trabajar en forma coordinada con profesionales de otras disciplinas.

Tiene derecho a elegir cómo moldear o llevar a cabo los programas. Tiene derecho además a decidir si realizar o no un taller, y dentro de éstos, el dar mayor énfasis o profundizar en tópicos determinados. Adicionalmente, tiene derecho a derivar.

En el contexto de la atención clínica a personas LGBT, tiene el deber de acoger, no juzgar y explorar posibles conflictos en relación a la orientación sexual o identidad de género diversa en la vida del usuario.

Respecto a estos mismos usuarios, tiene el deber de hacer una *primera acogida* durante la entrevista de ingreso con pacientes de la Diversidad Sexual, con el objetivo de construir un vínculo con ellos. Ello implica un reconocimiento de las vivencia de discriminación previa de los consultantes, y la promesa de no discriminación en ese nuevo espacio institucional, lo cual permitiría marcar una diferencia respecto de otros espacios institucionales. De este modo, el psicólogo tendría el deber de reparar la experiencia de maltrato institucional previa de ese paciente, para poder generar las condiciones para una psicoterapia.

En un nivel más amplio, tiene el deber de contribuir al cambio social y cultural que camine hacia la eliminación del prejuicio y discriminación hacia las personas LGBT, y hacia una idea de naturalidad de las distintas orientaciones sexuales e identidades de género; y aceptación de la diversidad a través la desmitificación, la psicoeducación y la difusión de información actualizada respecto de la diversidad sexual, que permita *avanzar* hacia una sociedad más igualitaria.

A nivel de práctica clínica, tiene el deber de mostrar hacia sus pacientes una aceptación incondicional y de generar un clima de confianza y escucha para

que el paciente pueda *develarse* ante el terapeuta en su orientación sexual e identidad de género.

También respecto de los pacientes LGBT, tiene el deber de *cuidar* a los pacientes, en el sentido de instruir, recomendar y sugerir estrategias de autocuidado en materia de prácticas sexuales, cuando estas se tornan riesgosas a criterio del profesional.

Si bien tiene derecho a no saber previamente de aspectos teóricos y técnicos relacionados a la diversidad sexual, a la vez tiene el deber de adquirirlos con el fin de realizar un proceso psicoterapéutico dentro de sus marcos éticos. De este modo, tiene el deber de prepararse teóricamente, de estudiar, de adquirir herramientas.

En este sentido, en el contexto de la atención clínica a pacientes LGBT, juega un rol que requiere preparación para poder a su vez ganar el derecho a posicionarse como experto en el espacio terapéutico, y a ejercer el poder que dicho rol de experto le confiere.

Por último, el psicólogo tiene el deber ético de reconocer ante sí mismo/a su reticencias respecto a trabajar con consultantes LGBT. En este sentido, tiene además el deber de posicionarse ética y políticamente frente al tema de la diversidad sexual.

“Emmm...yo siento que es poder acompañar a las personas que acuden buscando una ayuda eh...y este acompañar- a propósito de lo que hablabas en términos éticos- es acompañar disponiendo de las herramientas con que yo cuento ¿no?. Para poder entregar eh... ajustado a las necesidades que tienen, a su historia (...) respeto a hacia el otro, hacia la otra, en esto de que lo que te traen es todo su historia ¿me entiendes? La historia del sufrimiento, más allá de que sea algo puntal o no.”(T.2, pág.4)

c) Minorías: Grupos de personas portadoras de alguna característica distintiva que constituye una diferencia respecto de las características hegemónicas del resto de la sociedad, y que son menos frecuentes o numerosas respecto de un colectivo social.

Aparecen como muy poco presentes en los lineamientos, discursos y políticas de salud mental. En particular, las minorías sexuales aparecen dentro del área de prevención de Enfermedades de Transmisión sexual, como población de riesgo.

Derechos y responsabilidades: Tienen el derecho a ser comprendidos por parte del en sus particularidades y necesidades. Tienen derecho a ser integrados y considerados en el sistema de salud, tanto respecto de la atención como de la prevención. Tienen el deber de asimilarse a la cultura dominante, respecto por ejemplo, de cumplir con normas, requisitos y procedimientos para poder ingresar a los servicios de salud y sus programas. Tienen el derecho a acceder a atención en salud mental.

“Yo siento que está apareciendo... paulatinamente, que de a poco esto se ha ido considerando, pero todavía falta mucho, mucho por hacer. Lo digo desde que en el programa llega un convenio, cierto, para hablar de tales y tales temas en adolescencia y aparece en una parte muy ínfima diversidad sexual y listo... como preguntar si es o no es. Pero no aparece un lineamiento de cómo hacerlo, como tratarlo. Yo siento que en el fondo eh... no están integradas al cien por ciento, a lo que es en la institución las minorías” (T.1, pág. 6)

“También vemos inmigrantes y claro, si se han adherido al sistema eh... pero por ejemplo no se han tomado tantas medidas como eh...conocer más de su cultura. No se han tomado ese tipo de medidas.” (T.1, pág. 6)

“hay un campaña que a mí me ha llamado bastante la atención. Que es en el tema para ver la prevención de infecciones de trasmisión sexual y hay un nuevo fármaco, que en este minuto no recuerdo el nombre, que es para... prevenir

ciertas infecciones de transmisión sexual como el VIH. Y ahí aparece al...al público destinado homosexuales eh...trabajadores sexuales, homosexual...emmm... transformistas, pero sale desde ahí, en el fondo no aparece en una guía cómo integrarlos (...) sino que aparece de este lado, como que ellos son una población con mayor riesgo a tener ciertas infecciones. Yo siento que está más desde un estigma que de un lugar donde los posicionemos como parte de. (...)Porque en el fondo yo creo que todos estamos en riesgo de tener ese tipo de infecciones.” (T.1, pág. 6)

d) Equipo: Conjunto de profesionales de diferentes disciplinas que trabajan conjuntamente con el objetivo de coordinar acciones y aunar criterios de acción frente a un caso.

Derechos y responsabilidades: Tienen el deber de apoyar la labor del psicólogo/a

Tienen el deber de reunirse con cierta periodicidad. Tienen el deber de exponer diversos puntos de vista y miradas de un fenómeno, así como sugerencias para intervenir o trabajar con un caso. Tiene el derecho de emitir juicios y opiniones respecto de un caso en cuestión.

e) Psiquiatra: Profesional médico que se encuentra en una posición de poder superior a la del psicólogo/a. Aparece como quienes tendrían la última palabra, o sus decisiones son más vinculantes que las del resto de los profesionales.

Derechos y responsabilidades: Respecto de los consultantes LGBT, tiene derecho a equivocarse respecto de cómo referirse a ellos y nombrarlos. Tiene el deber de establecer un diagnóstico sobre el consultante y prescribir un tratamiento.

“(...) y me acuerdo que terminamos reflexionando un poco como con la lógica, con la lógica de poder. O sea hay personas que están en un lugar eh... distinto, o sea y en el COSAM también ocurre eso de las distintas entidades, me refiero, psiquiatras (...) Los psicólogos estamos debajo de los psiquiatras y se nos ha dicho ¿me entiendes? Como que no es algo... una sensación por el tema que

significa el recurso del psiquiatra. Y cuando te digo esto de analizar un poco las relaciones de poder, o sea... no es tan grave que lo diga el psiquiatra, porque en el fondo él tiene la, la... se puede equivocar también ¿me entiendes? Yo creo que se vio así ¿ya?" (T.2, pág. 6)

f) Médico: Profesional encargado de salud física. Aparece como un engranaje esencial en el aparato del sistema de salud, en tanto es quien realiza el diagnóstico que determinará el camino que deberá seguir el paciente dentro del sistema.

Derechos y responsabilidades: Tienen el derecho a decidir sobre el cuerpo del paciente. Tiene el deber de respetar protocolos. Tiene el derecho de visar o denegar un requerimiento de un paciente relativo a la transformación de su cuerpo.

Tiene el deber de emitir un diagnóstico y de prescribir un tratamiento. Tienen el derecho de elegir dicho diagnóstico dentro de las nomenclaturas y categorías existentes.

g) Usuarios COSAM: Personas que acuden a consultar través de una derivación desde el sistema de atención primaria de salud, específicamente, bajo un diagnóstico o nomenclatura que señala una patología. Esta puede ser catalogada de complejidad mediana a severa por parte de los servicios de salud primaria desde donde son derivados. En ciertos casos, se trata de usuarios con trastornos severos y discapacidad social, como es el caso de personas diagnosticadas con psicosis.

En el contexto institucional, son denominados *casos*. Aparecen como personas de motivación variable a adherir a los procesos terapéuticos.

También aparecen como personas con características variables en términos socioeconómicos, en algunos casos con cierto capital cultural y sin deprivación en términos socio económicos, y en otros derechamente vulnerables en dicho aspecto.

Derechos y responsabilidades: Tienen derecho a sufrir malestares psicológicos y a consultar sobre ello y recibir psicoterapia. Tienen derecho a no saber lo que les ocurre y a recibir orientaciones sobre ello por parte del psicólogo/a. Tienen el deber de adherir al proceso, pero a su vez, tienen el derecho de declinar su continuación.

Tienen derecho a poder acceder a atención psicológica de calidad.

h) Paciente LGBT: Aparece como perteneciente a una minoría social y como sujeto de discriminación. Su malestar psicológico estaría derivado principalmente de ello, al implicar, entre otras cosas, una falta de reconocimiento de sí, y una obligación al ocultamiento de su sexualidad. Aparecen como personas que producto de dicha discriminación, han sido vulneradas en sus derechos humanos y que dichas vivencias han generado secuelas en su forma de relacionarse con el mundo.

Aparecen como pacientes adolescentes y adultos. Los primeros derivados desde los centros educacionales y de atención primaria de salud, y los segundos derivados principalmente desde las unidades de infectología de los hospitales.

Aparecen como personas que buscan del espacio terapéutico una actitud de aceptación incondicional por parte del terapeuta, un espacio libre de prejuicio y discriminación por motivos de su orientación sexual e identidad de género y desde el cual ser escuchados.

Aparecen como personas que pueden vivir y relacionarse de distintas formas con su orientación sexual o identidad de género, lo cual construye distintos tipos de malestar psicológico relacionado a ello.

En el contexto del COSAM (cuando la Diversidad Sexual intersecciona con diagnóstico de psicosis), aparecen como personas consignadas por los

profesionales como con cierta confusión respecto de su identidad de género y orientación sexual.

Derechos y responsabilidades: Tienen el derecho de ser considerados dentro del sistema de acuerdo a sus necesidades específicas. Tienen el derecho a no ser discriminados dentro de los servicios de salud públicos.

Tiene derecho a recibir una atención en salud y salud mental libre de prejuicio y discriminación. Tienen la responsabilidad de cuidar de sí mismos. En el contexto hospitalario, tienen el deber de asistir para ser evaluados por psicólogos/as y psiquiatras según el camino que determina su diagnóstico. No obstante, tienen derecho a decidir si quieren o no comenzar un proceso psicoterapéutico.

“ (Respecto de la Orientación Sexual e Identidad de Género del consultante) Obviamente, netamente como una cuestión que se aborda y que puede también haber generado situaciones complejas en su biografía. Pero si, pero más allá de eso y de repente hay una vivencia de la sexualidad, de repente, un poco oculta que hace que de repente se exalte en un momento y se pierda un poco cierto cuidado. Y eso si hay que abordarlo con un énfasis distinto, pero que obviamente quizás también con algunas personas heterosexuales se da de la misma manera” (T.3, pág. 4)

i) Familias de los adolescentes: Grupo de personas que corresponde a las relaciones consanguíneas y significativas para el/la adolescente. Incluye a los adultos responsables del cuidado del adolescente. Estos no necesariamente participan de los procesos terapéuticos del adolescente LGBT, y aparecen como el principal obstáculo en la adherencia al espacio terapéutico y al trabajo con el adolescente LGBT.

En el caso del grupo familiar convocado al espacio terapéutico, estos conforman junto con el paciente, el sistema consultante. Aparecen como personas ligadas afectivamente a éste, e involucradas en la problemática que lo aqueja. En

el caso de los familiares de consultantes LGBT, aparecen además como personas con dificultades en la comprensión de la identidad de género u orientación sexual del consultante.

Derechos y responsabilidades: En el caso de familias de adolescentes, tienen derecho a determinar si el adolescente acudirá o no al psicólogo/a. Tienen derecho a tener la última palabra respecto de la decisión de abrir temas familiares para trabajarlos en terapia. Tienen derecho a declinar el participar en un proceso de terapia familiar.

Por otra parte, tienen el deber de preocuparse por el bienestar del adolescente, y tienen a su vez el derecho de hacerlo desde sus propias nociones y criterios.

En el caso de las familias de los adolescentes LGBT, tienen derecho a no saber, y a que se le explique qué es lo que les está pasando al familiar que consulta. No obstante, tienen la responsabilidad de aumentar el repertorio de conocimientos respecto de la temática de diversidad sexual.

j) Pacientes Hospital: personas catalogadas por el sistema de salud como de *alta complejidad* respecto de la severidad de su patología mental y respecto de su situación psicosocial.

Derechos y responsabilidades: Tienen el deber de adherir a los tratamientos prescritos, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos. Del mismo modo, tiene el deber de acudir a los distintos profesionales a los cuales se le deriva. Tienen el derecho de declinar a iniciar un proceso terapéutico, sin embargo, no tienen derecho a elegir al profesional que lo tratará.

“si obvio que esos son procesos “opcionales” pero, pero después igual ocupan el espacio de los psicólogos como para muñequear con los pacientes como, “pero usted no está viniendo con psicólogo” entonces también es... es complejo eso. O sea el GES al menos, tienes que tener una evaluación sí o sí, porque se entiende que son pacientes más complejos. Por ejemplo el GES de

esquizofrenia. Tienes que evaluar el paciente mucho tiempo, por todos lados, para ver si realmente tiene ese diagnóstico o no. Pero después si el paciente no quiere venir con psicólogo no... tiene derecho a no venir ¿cachai? El tema es que después es como eh... no sé “me están haciendo mal los medicamentos” y es como “bueno pero es que usted también no está viniendo a psicoterapia” entonces...Que también nos ocupan un poco para muñequear, entonces por eso que quisimos ser súper cuidadosos em... en que se viera que había un cumplimiento del requerimiento, pero que no lo estábamos obligándolo a venir” (T.4, pág.10)

A continuación, siguiendo con la propuesta analítica de Parker, procederemos a la reconstitución de los derechos y responsabilidades de los sujetos más importantes del texto, y las redes de relaciones que emergen a partir del circuito de responsabilidades y posicionamientos que se configuran en el texto. De este modo, y como resultado de este ejercicio, es posible señalar que:

A nivel general, dentro del sistema público los médicos, psiquiatras y psicólogos/as en tanto prestadores, tienen el deber de otorgar un servicio que debe ser de calidad e inclusivo. Ellos se complementan con los derechos que usuarios y pacientes tienen de recibirlo.

Del mismo modo, el derecho de los usuarios y pacientes a no saber lo que les pasa ni cómo gestionar su malestar, se complementa con el deber de los profesionales (médicos, psicólogos y psiquiatras) de ser los que tienen que saber lo que le pasa a los usuarios, y cómo poder ir resolviendo sus malestares.

A nivel de atención primaria, médicos y psiquiatras tienen la responsabilidad de diagnosticar, y de este modo, asignar una categoría diagnóstica pre establecida al malestar del paciente. Paralelamente, el psicólogo/a tiene el deber de pesquisar en los usuarios problemas de salud mental que sean susceptibles de ser tratados en psicoterapia, teniendo además la responsabilidad de realizar derivaciones oportunas a los médicos y psiquiatras. En este sentido, los profesionales tienen el

deber de juzgar qué tipo de malestar padece el paciente, derivar al profesional que le parezca adecuado y trabajar coordinadamente en ello. Esto se complementa con el deber del paciente y usuario a consentir y acatar el derrotero que se le ha fijado dentro del sistema de salud.

No obstante, si bien médicos y psiquiatras tienen la responsabilidad de diagnosticar, los psicólogos tienen el deber de ser críticos frente a ese diagnóstico y co-construir con el usuario un motivo de consulta que lo haga adherir a la psicoterapia. Desde la mirada sistémica, podría decirse que este proceso se trata de transformar al paciente en consultante, invitándolo a ser activo en su proceso.

El psicólogo/a además debe apoyarse en otras instituciones y profesionales para realizar un trabajo en red, y asimismo, espera ser apoyado por un equipo

Respecto de la Psicoterapia LGBT, Psicólogo/a tiene el deber establecer el vínculo y cuidarlo. Éste se establece a través de una actitud de aceptación incondicional y de abstenerse de realizar juicios de valor. Esto es asociado a una actitud de neutralidad, especialmente en relación a la orientación sexual e identidad de género del consultante.

Del mismo modo, el vínculo es cuidado gracias al respeto del terapeuta por los ritmos del consultante, y a la responsabilidad del terapeuta de mantenerse informado/a respecto de temáticas de Diversidad Sexual que atañen a su consultante. Ello se suma a su deber de ser reflexivo, autocrítico de su operar y realizar un autoexamen constante respecto de su actitud hacia la temática LGBT. Esto es concordante con el derecho de los consultantes LGBT a recibir una atención salud mental libre de prejuicio y discriminación.

Por último, el terapeuta es responsable de reparar el daño que las vivencias de maltrato y discriminación han podido ocasionar en el consultante, siendo esto concordante con los derechos de los consultantes LGBT de ser considerados dentro del sistema de acuerdo a sus necesidades específicas, que guardan relación con malestares derivados de estas vivencias.

Cabe señalar que en términos de formarse en temáticas LGBT, el terapeuta es responsable de sí mismo, no pudiendo contar necesariamente con el equipo, con el espacio de supervisión ni con los médicos y psiquiatras para la obtención de información actualizada en el tema.

En un nivel más amplio, Psicólogo/a tiene el deber de fomentar el cambio cultural principalmente a través de psicoeducación, la cual debe realizar principalmente a las familias de los consultante LGBT y en las poblaciones y contextos en las cuales tengan la labor de incidir. Para este fin están por ejemplo, el dispositivo de los talleres.

Luego, tenemos que, con adolescentes psicólogo/a debe proveer un espacio de confianza para poder hablar, que coincidiría con el derecho del adolescente a ser escuchado.

Con familiares, psicólogos/as deben enseñar aquello que estos tienen derecho a no saber y facilitar dinámicas relacionales que vayan en beneficio del sistema consultante y del consultante mismo.

Por último, las familias tienen el deber de cuidar del adolescente y tomar decisiones por éste, lo cual entra en conflicto con la necesidad de los adolescentes de adquirir mayores grados de autonomía, y su creciente derecho a decidir sobre aspectos de su vida.

2. Fase analítica interpretativa

A partir de las descripciones realizadas en el paso anterior, se procedió a conectar la red de relaciones entre objetos y sujetos que nos suscita el texto. Ello permite identificar las versiones de los *mundos sociales* que coexisten en el texto alrededor de los objetos identificados. En el marco del análisis parkeriano, los mundos sociales coexistentes aluden a qué es lo que se asume y qué es lo que provoca en el lector la forma en que se relacionan estos objetos con los sujetos;

con qué ideas nos hace comulgar, qué permiten hacer los objetos, qué prohíben, qué pueden hacer los sujetos y qué no. De este modo, tenemos:

Mundos sociales coexistentes respecto de las instituciones que administran la Salud Pública: Aparecen preocupadas de maximizar la relación costo beneficio, aumentar la productividad de las instituciones primarias y secundarias, destinar fondos a condición de que se cumplan las metas. Para lograr sus objetivos, se valen de artefactos y herramientas diversas.

Mundos sociales coexistentes respecto de los programas: Buscan actuar sobre el cuerpo y las conductas de la población en relación a éste. Asume que mediante una labor de pesquisa, catastro, clasificación y búsqueda de factores de riesgo es posible llegar a prevenir, controlar, disminuir, reparar daño y eliminar conductas concebidas por las autoridades de salud como perniciosas para la población. Nos hace comulgar con la idea que el cumplimiento de los objetivos de los programas resultan en un beneficio directo para la población.

Mundos sociales coexistentes respecto de las instituciones primarias de salud: Se asume que son de acceso universal, de que están ahí para garantizar el derecho humano al acceso a la salud, en particular, los hospitales públicos. Nos hacen comulgar con la idea que son las personas quienes tienen no solo el derecho, sino la responsabilidad de acudir a estos centros cada vez que lo requieran.

Mundos sociales coexistentes respecto de las instituciones secundarias de salud: Asume que los usuarios se verán más beneficiados mientras más cercana sientan a la institución. De alguna manera, nos hace comulgar con la idea que en esa institución los usuarios se sentirán mejor atendidos y más acogidos que en las instituciones de salud primaria, tratando de marcar una diferencia con estas últimas.

Mundos sociales coexistentes respecto de la psicoterapia: Se asume que la psicoterapia es un dispositivo que tiene como objetivo el ofrecer ayuda al consultante en relación a alguna problemática de salud mental. Ello a través de la búsqueda colaborativa de nuevas formas de pensamiento, acción y relación entre el consultante y los diversos aspectos de su realidad. Se basa en la búsqueda de ayuda y el derecho del usuario a recibir dicha prestación. Suscita una relación de poder asimétrica entre un paciente que necesita ayuda y un experto que tiene poder y el deber de ayudarlo.

Mundos sociales coexistentes respecto de la relación terapéutica: Se asume que es la base del proceso terapéutico, fundamental para lograr la adherencia del consultante. Se basa en el deber del terapeuta de fomentarlo a partir de lograr una atmósfera acogedora, de aceptación incondicional y también en el deber del consultante de hacerse responsable de su proceso. Es deber de ambos seguir reglas implícitas para cuidar el vínculo.

Mundos sociales coexistentes respecto de la psicoterapia LGBT: Suscita la idea que los primeros encuentros entre terapeuta y consultante ocurren con cierta suspicacia y temor por parte de este último. Ello suscita a su vez la idea de que la figura del terapeuta es fundamental en poder generar un clima de confianza, que permita la construcción de un vínculo terapéutico. Esto nos hace comulgar con la idea que el vínculo depende de que el terapeuta sea especialmente cuidadoso/a en el lenguaje, y en no emitir juicios de valor o mensajes no verbales que puedan parecer de rechazo hacia la Diversidad Sexual del consultante.

Se asume que debe haber un posicionamiento ético y político a la base por parte del terapeuta, y que éste debe ser en pos de la aceptación de la Diversidad Sexual en tanto Derecho Humano. Desde ahí, se asume que la psicoterapia con consultantes LGBT debe tener un tono afirmativo de la orientación sexual e identidad de género diversos.

Ello suscita la idea de un terapeuta reflexivo y posicionado respecto de la Diversidad sexual, que revisa sus propios prejuicios y es crítico consigo mismo/a.

Desde ahí, se asume que se trabaja con consultantes que forman parte de un colectivo oprimido y vulnerable por el cual se debe trabajar en pos de su liberación e igualdad de derechos. No obstante, se asume que no necesariamente se trabajará en torno a

La Orientación sexual o Identidad de género del consultante. No es algo que se vaya necesariamente a problematizar, pero que sí se tiene que tener en cuenta y observar.

Mundos sociales coexistentes respecto de la Psicoeducación: Se asume que tiene un rol de desmitificar *falsas creencias e ideas erradas* sobre algún tema. Se asume que se está entregando un conocimiento verdadero, validado por la disciplina. Se asume además que quien recibe este conocimiento se verá beneficiado y ocurrirá un cambio en su perspectiva y comportamiento. Se asume que quien entrega este conocimiento, el psicólogo/a, es experto en el tema del cual está educando.

Mundos sociales coexistentes respecto de la Supervisión: Suscita la idea de que los casos complejos, son aquellos en donde existe un mayor grado de dificultades relacionales y de funcionamiento en sociedad. Asume que es una instancia necesaria para el abordaje de algunos casos, pero también transmite la idea de rigurosidad. Ello, nos hace comulgar con la idea de que es posible alcanzar cierta “objetividad” en el tratamiento de un caso, en tanto se aúnan criterios que trascienden las subjetividades individuales de los profesionales. Si bien aparece como una instancia que promueve la reflexividad de los terapeutas, también transmite la idea de que no basta con el criterio individual y subjetivo de un terapeuta reflexivo.

Mundos sociales coexistentes respecto del diagnóstico: Aparece como un nombre que enuncia una patología, y que tiene una carga de significado que

generaría un estigma sobre el paciente, influyendo además en la construcción del motivo de consulta que este enuncia al momento de llegar a consultar al psicólogo/a. Así, desde una mirada sistémica, aparece como algo que hay que deconstruir, reinterpretar o restarle poder en la psicoterapia.

Mundos sociales coexistentes respecto de los trastornos mentales: Se asume que hay trastornos o patologías mentales más graves que otros. Los graves, implican una discapacidad social, entendida como la imposibilidad de funcionar socialmente en forma autónoma bajo las reglas y usos sociales. A nivel clínico, los pacientes con estas características consumen muchos recursos del terapeuta, requiriendo éstos del apoyo del equipo. Suscita la idea de que a mayor gravedad del trastorno, menor es el derecho del paciente a decidir respecto de su vida, y mayor dependencia de instancias de ayuda. Se sume que los mejores tratamientos son aquello de tipo comunitario e integrales, es decir que abordan distintos aspectos de la vida del paciente.

Mundos sociales coexistentes respecto del malestar psicológico y las dificultades de los consultantes: Suscita la idea que son los malestares psicológicos y las dificultades las que realmente constituyen el motivo de consulta de los usuarios. Se asume, desde una perspectiva sistémica, que dichos malestares son siempre relacionales y ligados a las condiciones socio culturales del consultante.

Del mismo modo, se asume, desde la perspectiva del Sistema de Salud o biomédica, que los malestares y dificultades de los pacientes deben ser traducidos al lenguaje del diagnóstico. Por último, se asume que la solución, gestión y alivio de estos malestares es terreno y competencia de la Psicología Clínica.

Mundos coexistentes respecto de las orientaciones sexuales identidades de género LGBT: Se asume que la identidad LGBT es algo que debe ser reconocido por el sujeto, aceptado, integrado a la propia identidad y posteriormente, comunicado al entorno social. Se asume además que la Diversidad sexual es algo

que los sujetos y sus familias deben aceptar, pero que es doloroso y trabajoso hacerlo.

Se asume que es algo que debería tender a lograr a una cierta estabilidad y claridad, haciéndonos comulgar con la idea de que debiese devenir a algo resuelto en la identidad de una persona. A un nivel más amplio, comulga con la idea de ser algo que debiese caminar socialmente hacia una liberación, posibilidades de expresión, normalización y ser digno de respeto, en coherencia con una perspectiva de Derechos Humanos. Por último, se asume que hay aspectos de cuidado básicos en el ámbito de la sexualidad.

Mundos sociales coexistentes respecto del maltrato institucional hacia las personas LGBT: Se asume que las personas LGBT son parte de una minoría social que debe asimilarse a la mayoría- “transformarse hacia lo que la mayoría es”- y por tanto no corresponde visibilizarlos. Sin embargo, coexiste con la idea de que ello debe cambiar, actualizarse, y desde ahí las instituciones buscan capacitar al personal de salud, crear guías, reconocer la diversidad y buscar ser competentes culturalmente.

Al mismo tiempo, se asume que las personas LGBT son personas que han sido o son muy dañadas dentro de los diferentes espacios institucionales en los cuales han formado parte, principalmente en las instituciones escolares, al interior de la familia, y en las instituciones de salud, etc. Los tipos de maltrato que suscita el texto tienen como elementos en común el rechazo y la negación de las orientaciones sexuales e identidades de género LGBT.

Mundos sociales coexistentes en torno al cuerpo: Suscita una noción del cuerpo como territorio en el cual la institucionalidad de salud tiene derecho a ejercer políticas públicas y en cual éstas tienen lugar. Asimismo, se asume el cuerpo como una entidad donde el cuidado de sí debe ocurrir, sin embargo, se asume que el cuerpo no es un territorio sobre el cual el sujeto pueda hacer grandes intervenciones o tomar grandes decisiones sin obtener permiso para ello.

Respecto del cuerpo en el espacio terapéutico, se asume su valor en tanto presencia física en psicoterapia, y la responsabilidad del psicólogo de fomentar su cuidado.

Respecto del cuerpo como expresión de la identidad de género, se asume a nivel social que debiese haber una concordancia entre el género y las características del propio cuerpo. Por último, se nos hace comulgar con la idea que la lectura del cuerpo debe hacerse en términos binarios (hombre, mujer).

Siguiendo las instrucciones de la propuesta analítica utilizada, se procedió a revisar las objeciones a las instrucciones y a las reglas culturales encubiertas de estos relatos. Este momento del análisis se basa en la especulación acerca de cómo responderían los autores imaginarios de estos discursos a quienes los contradijesen. Cómo reprobarían y reprenderían a quienes no se adhieren a estas reglas culturales.

Es así como respecto de la relación entre los sujetos, sus deberes y responsabilidades, tenemos que:

Si los profesionales médicos, psiquiatras y psicólogos no prestan un servicio de calidad e inclusivo, estarían violando el Derecho de los usuarios al acceso a salud, y en particular a un servicio de calidad.

Del mismo modo, si estos profesionales no logran dilucidar cuál es la naturaleza del malestar del paciente y cómo gestionarlo, entonces se pondría en tela de juicio su experticia y el sentido mismo de la relación de ayuda.

En relación a ello, si médicos y psiquiatras no cumplen con su deber de emitir un diagnóstico, no hay camino posible para el paciente dentro del sistema de salud, no pudiendo acceder a los tratamientos e intervenciones disponibles. Respecto de los psicólogos/as, si no cumplen con su deber de pesquisar, evaluar y ponderar el malestar del usuario, no podría a su vez derivar a otros profesionales, absteniéndose de participar en la coordinación en Red que se espera tener.

Del mismo modo, si el paciente no acepta el diagnóstico, tratamiento y camino de derivaciones que se le ha trazado, incurre en una falta que arriesga penalizaciones, tales como el egresar de la institución sin poder resolver su malestar.

No obstante, si los psicólogos/as no desarrollan una postura crítica a los diagnósticos recibidos por sus consultantes, e intentan ir más allá de estos a través de la co-construcción de un motivo de consulta, se estaría incurriendo en una falta a la ética desde la perspectiva observadora de la modernidad en la cual se inscribe la psicoterapia sistémica.

Por otra parte, si el equipo de supervisión o de profesionales no retroalimentan o apoyan el trabajo, incurren en la falta de dejar al terapeuta solo/a y por tanto, dejarle susceptible de cometer errores. Lo mismo ocurre en el caso contrario, si el psicólogo/a no se apoya o pide asesoría al equipo de profesionales.

Respecto de la Psicoterapia LGBT, no obstante, esto no opera así, ya que el psicólogo/a no necesariamente cuenta con el equipo para recibir una retroalimentación basada en información actualizada en el tema.

Adicionalmente, tenemos que si el terapeuta realiza juicios de valor, o tiene algún tipo de conducta o actitud de rechazo hacia la diversidad sexual, amenaza el establecimiento de un vínculo y con ello el proceso terapéutico en su totalidad. Esto a su vez, obstaculiza el acceso a salud mental de calidad de la población LGBT.

Del mismo modo, si el terapeuta no logra generar una atmósfera de confianza, libre de juicio, no permite que el consultante, especialmente adolescentes puedan *abrirse* y de este modo poder decir y ser escuchados. Al no haber confianza, no hay vínculo, y con ello falla el proceso terapéutico.

Si el psicólogo/a no educa o psicoeduca a la población y a los sistemas consultantes con información validada y actualizada sobre Diversidad Sexual, su labor en la facilitación de procesos terapéuticos estaría incompleta.

Si los familiares de un consultante LGBT no cumplen su deber de velar por el bienestar del adolescente, estarían siendo negligentes, especialmente los padres y tutores. Del mismo modo, si las familias de los consultantes LGBT no aprenden, no incorporan nueva información que les permita relacionarse de otro modo con la orientación sexual o identidad de género LGBT, no estarían cooperando con el proceso, perpetuando la discriminación y el rechazo hacia el consultante.

En forma paralela, respecto de los mundos sociales coexistentes en torno a los objetos del texto, tenemos que:

Mundos sociales coexistentes respecto de las instituciones que administran la Salud Pública: Si estas no se preocupan por maximizar la relación costo beneficio del sistema de salud público, no es posible aumentar la productividad de las instituciones primarias y secundarias, y aumentar el acceso a salud por parte de la población. Estarían fallando en llevar a cabo las políticas públicas y con ello en su capacidad de gobernar.

Mundos sociales coexistentes respecto de los programas: Si los gobiernos no se ocupan del control de la salud pública, en tanto prevención, tratamiento y recuperación, no hay forma de tener un control sobre las conductas de las personas en relación a su salud. Si no se cumplen los objetivos de los programas, no se renueva su financiamiento y se termina.

Mundos sociales coexistentes respecto de las instituciones primarias de salud: Tenemos que si las instituciones públicas de salud, en especial a nivel primario, no aceptan a cualquier usuario que lo necesite, incurren en una violación al derecho humano acceso libre e igualitario a la salud, ya sea en los ámbitos de promoción, protección, recuperación o rehabilitación.

Mundos sociales coexistentes respecto de las instituciones secundarias de salud: Tenemos que si dichas instituciones no promueven una relación cercana

con los usuarios, estarían fallando en su cometido de operar como un dispositivo comunitario, familiar e inserto en el territorio al cual sirve.

Mundos sociales coexistentes respecto de la psicoterapia: Tenemos que si no hay un acoplamiento entre terapeuta y consultante en ciertos aspectos del poder, la psicoterapia no puede tener lugar. En primer lugar, si no existe una necesidad de ayuda por parte del consultante, una disposición a recibir conocimiento y a develar aspectos de sí mismo/a, fallaría en construirse una relación de trabajo colaborativa.

Del mismo modo, si el terapeuta no se posiciona como experto, desde un lugar de saber y poder respecto del consultante, fallaría en transmitirle que tiene las competencias para ayudarlo. También fallaría la posibilidad de realizar psicoterapia si no se establece entre ambos un vínculo de aceptación, calidez, y de mutua validez.

Mundos sociales coexistentes respecto de la relación terapéutica: Tenemos que la relación terapéutica no es posible de construir si el terapeuta no propicia una atmósfera acogedora y de aceptación incondicional. Del mismo modo, no es posible construir una relación terapéutica si el consultante no se compromete con el proceso terapéutico, y no dispone su presencia y disposición a trabajar sobre sí mismo/a. Por último, si el consultante quebranta alguna de las normas implícitas de dicha relación, puede ser penalizado, por ejemplo, con cambio de terapeuta, ejerciendo éste su derecho a derivar.

Mundos sociales coexistentes respecto de la psicoterapia LGBT: Tenemos que si el psicólogo/a no está en constante auto revisión respecto de sus propios prejuicios, creencias y sentires respecto de la Diversidad Sexual, y si no es reflexivo/a y autocrítico/o respecto de su operar terapéutico en este contexto, corre el riesgo de realizar comentarios o intervenciones homofóbicos, sexistas, heteronormativos o patologizantes respecto de la Diversidad Sexual. Con ello, se dañaría el vínculo y se amenaza el proceso terapéutico. Junto con ello, si no es

cuidadoso de sus formas y lenguaje, si no es consciente de las variables psicosociales que suelen acompañar los malestares de las personas LGBT, puede ser visto como un terapeuta poco competente culturalmente. Por último, contienen los mismo reproches y consecuencias negativas el considerar la orientación sexual o identidad de género del consultante como un problema, forzar su incorporación en el proceso o bien no considerarlo en absoluto.

Mundos sociales coexistentes respecto de los trastornos mentales: Si el paciente que presenta una patología grave no puede ser tratado en el sistema de salud desde un enfoque comunitario y un abordaje integral, con el fin de desarrollar mayor autonomía, disminuye su funcionalidad e integración social. Con ello corre el riesgo de volverse altamente vulnerable y cronificar su patología.

Mundos sociales coexistentes respecto de la Psicoeducación: Tenemos que si el psicólogo/a no educa, estaría fallando en su deber de posicionarse como experto en relación a los usuarios, y en su deber de ser un agente de cambio social al promover conocimientos que ayuden a instalar nuevas formas de relacionarse en los usuarios. Al mismo tiempo, tenemos que si los usuarios no adquieren nuevos conocimientos, no les es posible adquirir nuevas herramientas y perspectivas.

Mundos sociales coexistentes respecto de la Supervisión: Tenemos que si un terapeuta no se supervisa regularmente, o no acude al equipo frente a casos que le deparan mayor dificultad, se le puede acusar de ser poco riguroso, poco profesional en términos de cerrar la posibilidad de adquirir mayores conocimientos, herramientas, miradas y posibilidades de abordaje de un caso.

Mundos sociales coexistentes respecto del diagnóstico: Tenemos que si en el contexto de la psicoterapia no se trasciende el diagnóstico con el cual llega el consultante, se sigue reproduciendo un abordaje biomédico, impidiendo al consultante enunciar su propio malestar.

Mundos sociales coexistentes respecto del malestar psicológico y las dificultades de los consultantes. Desde la perspectiva sistémica, tenemos que si el motivo de consulta no se co-construye con el consultante o sistema consultante, se estaría incurriendo en una falta al realizar una lectura unilateral del malestar, impuesta por el terapeuta. Del mismo modo, si no se puede abordar el malestar y las dificultades del consultante, no se puede establecer la relación de ayuda en la cual se basa la psicoterapia.

Mundos coexistentes respecto de las orientaciones sexuales identidades de género LGBT: Tenemos que a nivel individual, si no se acepta, integra y expresa la propia identidad de género u orientación sexual LGBT, la persona está condenada a vivir una vida disociada e infeliz. A nivel familiar y social, si no se camina hacia la aceptación de las identidades LGBT, se transgreden los derechos humanos y libertades de esas personas. Dicha transgresión, que implica la negación el derecho mismo de existir de las personas LGBT, significa un retroceso y reproducir un tipo de sociedad considerada retrógrada y reaccionaria.

Por otro lado, tenemos que si la identidad de género y la orientación sexual no llega a cierta estabilidad, diferenciación o definición, corre el riesgo de no poder configurar la propia identidad. Esto puede ser tildado de confuso, incoherente, de desarrollo incompleto o patológico.

Por otra parte, si la sexualidad se vive sin los *resguardos básicos* o fuera de ciertos márgenes, puede ser vista como *exaltada* o *poco cuidadosa*.

Mundos sociales coexistentes respecto del maltrato institucional hacia las personas LGBT: Si las instituciones de salud y educación no capacitan a sus funcionarios en temas de género y Diversidad Sexual, no adquieren competencia cultural ni pueden modificar las prácticas maltratadoras. Con ello estarían incurriendo en el contexto de salud, en una violación al derecho los pacientes y usuarios de recibir un trato digno y respetuoso, y a ser llamados por su nombre.

Mundos sociales coexistentes en torno al cuerpo: Si las personas modifican e intervienen su cuerpo fuera de la institucionalidad sanitaria, estarían incurriendo en una irresponsabilidad hacia su salud e integridad física. Si un cuerpo no expresa en forma clara un género femenino o masculino, no puede ser leído por otro, no se puede situar en ninguna parte, constituyendo una aberración, y atentando en contra del orden social sexual.

Posteriormente, en el siguiente paso analítico, se procedió a la identificación de concordancias y solapamientos entre las voces del texto, así como de contrastes y contradicciones entre éstas. Es así como a partir de identificar voces o autores imaginarios de los discursos, es posible ver en qué están de acuerdo y en qué se contradicen. De este modo, tenemos que:

- El diagnóstico es concordante con un discurso biomédico, que es la enunciación de un malestar en términos de patología, y con ello, hacer de una problemática un objeto perteneciente al dominio de la Psicología Clínica
- La psicoeducación y los talleres son coherentes con la noción del psicólogo/a como experto, una figura validada en la transmisión de conocimientos desde la disciplina de la Psicología y que se consideran verdaderos.
- La idea de reparación en psicoterapia con consultantes LGBT es coherente con el reconocimiento de un daño causado por el maltrato institucional y/o por una historia de violencias dentro de otras esferas de la vida del consultante.
- La idea de la co- construcción del motivo de consulta es coherente con las nociones sistémicas de la psicoterapia, en las cuales el/la es terapeuta consciente del diferencial de poder en la relación terapéutica, estando dispuesto a devolverlo al consultante o compartirlo con éste, con el fin de otorgarle protagonismo en su proceso.
- La perspectiva afirmativa en Psicoterapia LGBT es coherente con una noción de derechos humanos y cambio cultural hacia la normalización de la Diversidad Sexual.

- Del mismo modo, la noción de la identidad LGBT como un aspecto estable de la identidad es coherente con el concepto de “develación” o “salida del armario”, así como con la noción de que el consultante LGBT debe “aceptar e integrar su identidad”.

Respecto de los contrastes y contradicciones, tenemos que:

- El entregar una psicoterapia de calidad, ética y con atención a las necesidades del consultante, se contradice con el tener que cumplir las metas y objetivos de atención impuestos por las autoridades de salud bajo criterios de maximizar la relación costo-beneficio. Así, el rol del psicólogo/a demandado por la institución no necesariamente es aquel que el/la profesional se siente llamado a cumplir dentro de sus marcos éticos.

- Del mismo modo, la idea de la co-construcción del motivo de consulta, junto con la noción de malestar o problemática, permiten que el consultante pueda enunciar aquello que le genera dificultad, en sus propios términos. Estas nociones están insertas y a su vez contrastan con la noción de diagnóstico, que ofrece una descripción estandarizada y unilateral del malestar.

- La Psicoterapia LGBT es considerada en un principio como cualquier otra psicoterapia, con cualquier otro tipo de consultante, sin embargo, ello contrasta con el reconocimiento de que la Psicoterapia LGBT tiene sus propias características y desafíos. En primer lugar, requiere estudiar, estar observándose permanentemente, adquirir un posicionamiento al respecto y ser especialmente cuidadoso/a con el vínculo.

- La idea que la orientación sexual e Identidad de género del consultante no son tema para el terapeuta y para el proceso, contrasta con el reconocimiento de que es una información que se debe tener en cuenta, otorgándole importancia.

- En relación a lo anterior, cabe señalar la contradicción entre el deseo de mostrarse libre de prejuicio, con una actitud asociada a la neutralidad, y el

posicionamiento que a la vez se dice necesitar para trabajar con consultantes de la Diversidad Sexual.

- El sostenimiento de una postura crítica frente al rol del experto, la incomodidad de tener que performar ese rol, contrasta con el considerarlo un “mal necesario”. Esto no sólo porque permitiría realizar intervenciones de orden más pragmático y concreto, sino también porque permitiría la instalación de sentidos comunes entre el/la terapeuta y el sistema consultante.

- En este sentido, el asumir el rol de experto en la relación terapéutica, contrasta con el propósito declarado de la psicoterapia, de liberación, mayor autonomía y nuevas formas de comprensión por parte del consultante, lo cual requiere transitar por un camino en el que el psicólogo/a necesita dejar de ser visto como la extensión del médico.

- A nivel institucional, la existencia de protocolos para los procedimientos de cambio de sexo, en los cuales una evaluación psiquiátrica es requisito, y el acompañamiento psicológico- una alternativa que no queda muy claro qué tan voluntaria es- contrasta con la aproximación despatologizante y el horizonte ético que se propone la psicoterapia desde una mirada sistémica.

- Por último, la noción de acceso universal presente en Salud Pública, en la cual el recibir una atención de calidad y digna es considerada un derecho, se contradice con las experiencias de maltrato institucional hacia la población LGBT. Asimismo, la noción de apertura y aceptación de las minorías, ya sea sexuales, raciales o étnicas, contrasta con la falta de preparación y capacitación tanto del personal como de los profesionales.

En este punto del análisis, Parker propone a continuación el realizar comparaciones con otros textos, para estimar cómo se dirigen a públicos distintos. Ello implica ir más allá no sólo del texto que estamos analizando, sino también de este tipo de textos, para ver cómo los patrones de significado o formas de habla que estamos identificando, también operan en otras partes. Esta operación se

realizó a partir de los patrones de significado considerados más relevantes en función de dar respuesta a la pregunta de investigación. De esta forma, tenemos que las formas de habla que hemos identificado, pueden ser encontradas en los siguientes textos:

El lenguaje del diagnóstico puede ser observado en los manuales DSM y CIE-10, que actúan como “textos de cabecera” en el Sistema Público de Salud Mental. Estos manuales proveen del léxico que se utiliza para traducir los malestares y dificultades de las personas en el lenguaje de la patología, y que por tanto convierte a la persona en un paciente, o sujeto de atención médica o psicológica.

La idea de la Diversidad Sexual no como una enfermedad sino como una válida expresión de la sexualidad humana, bajo un enfoque de como un Derechos Humanos, puede ser observada en el documento “Posicionamiento Colegio de Psicólogos frente a las terapias Reparativas” (Colegio de Psicólogos de Chile, 2015).

La idea de las desigualdades de acceso a la salud en el sistema público por parte de la población LGBT puede ser observadas en el “Manual de Formación en Género y Salud” de la comisión de Género y Salud del Colegio Médico de Chile (Colegio Médico de Chile, 2018), en el cual se busca otorgar herramientas teóricas y prácticas para profesionales estudiantes del área de la Salud para el otorgamiento de una atención con enfoque de género y no sexista.

Por último, la idea de la identidad LGBT como algo que tiene un desarrollo, y que deviene a algo estable que el individuo debe reconocer, aceptar y luego comunicar a su entorno, puede ser observadas en Modelos de desarrollo de la identidad LGBT como el modelo de Cass (1979) uno de los más extensamente utilizados en psicoterapia y consejería afirmativa con población lésbica y gay. Este modelo se basa en la premisa del desarrollo de la identidad LGBT como un proceso lineal, que atraviesa etapas o estadios (confusión, comparación,

tolerancia, aceptación, orgullo y síntesis) y que tiene como culminación exitosa o deseable la develación y aceptación de la propia identidad.

3. Fase interpretativa crítica

Luego del proceso analítico- descriptivo e interpretativo llevado a cabo en las dos fases anteriores, llegamos a un momento en el cual el objetivo es poder interpretar críticamente, enfocándonos no en lo que los hablantes piensan, sino en los efectos e implicancias de lo que dicen.

De esta manera, los pasos analíticos anteriores nos conducen a elegir un nombre adecuado para los discursos que en adelante organizarán la lectura del texto, identificando aquellos que son centrales en el mismo y que se relacionan con la pregunta de investigación:

- a) ***El discurso de la Heteronorma:*** en el que se promueve la estructuración de la sociedad en términos binarios (hombre/mujer, masculino/femenino) y la heterosexualidad como la norma. El concepto de Diversidad Sexual es respecto de esta posición de normalidad heterosexual. Los individuos que no se ajustan a esa norma son considerados patológicos, anormales, o parte de una diversidad que se reconoce siempre en el otro, de la cual no se es parte, y que hay que considerar, visibilizar, aceptar e integrar.

“... y en el caso de las personas eh... LGTBI en general vienen con esta tradición o sea... este nombre ya viene con la tradición de que la homosexualidad es una patología reconocida hasta en los años 60. Entonces eh... para poder ser atendidos en un centro, tiene que haber, alguien tiene que haberle puesto un código a lo que la persona tiene. Entonces, y eso es como “programa no sé qué, para cambio tanto” que se asume que va a necesitar todas estas atenciones. Cuando en realidad no necesariamente es así. Em... se asume que puede haber... no sé si la... porque no recuerdo si la guía clínica dice que la persona va

a tener un problema de salud mental, pero necesita una evaluación psiquiátrica eh... por que se asume que es algo que debe estar ahí, al menos” (T.4, pág.7)

“Entonces, em... como, como que ese nombre que se le pone a la persona para poder atenderse ahí, es un nombre que viene cargado con un estigma, con un eh... con esa carga social donde efectivamente se asume de que quizás no hay algo que anda bien con esta persona. Por eso tiene que ir a atenderse con un psiquiatra” (T.4, pág.8)

“(Respecto de la Ficha CLAP) Entonces, después dice homosexual, después dice bisexual y abajo dice “no reconoce”. Si pudiera mostrar la ficha, la mostraría. Pero es muy pauteado. (...) Y yo lo que... encuentro que está mal como está planteado en la ficha, encuentro que no es correcto porque es muy... la primera opción me la da como heterosexual, o sea esa debería ser la que yo debería marcar (...) Además la ficha tiene cuadritos amarillos, que son las preguntas que más frecuente responden los usuarios y el de heterosexual esta con cuadrito amarillo, no así los otros” (T.1, pág., 17)

b) El discurso de los Derechos de las personas LGBT: en el que se promueve la noción de un cambio social y cultural caracterizado por la normalización de la Diversidad Sexual (“todos somos diversos e iguales en Derechos”). Desde ahí, la psicoeducación es una estrategia que puede ser utilizada a favor del cambio social hacia la igualdad y la liberación de las personas LGBT. Se sostiene sobre una perspectiva de Derechos Humanos, poniendo atención en su respeto y denunciando cuando esto no ocurre. Moviliza en el psicólogo/ una responsabilidad ética de reparar el daño producido por la vulneración de los Derechos de las personas LGBT.

“ (respecto del rol del Psicólogo en la Psicoterapia LGBT) Mmm... a mí personalmente, tiene que ver con abrir candados, netamente eso. (...) Ir liberando cosas ¿me entiendes? Más que trabarlas. Yo siento que es importante como más bien generar esa posibilidad de que aparezcan más dimensiones de comprensión,

aumentar ese número de distinciones posibles. Y que obviamente eso... pueda también permitir que las personas se muevan más fluidamente, se relacionen más fluidamente con sus mundos. Que no existan estas trabas, quizás ideológicas, tan de repente, aquilosas que obviamente tiene mucho que ver con religión, obviamente o con factores culturales que están súper instalados. Y que obviamente, yo creo que de repente, en la gente no se da cuenta que... también son dinámicos ¿me entiendes? Y que obviamente se pueden ir transformando... rápidamente incluso ¿no? Y entonces obviamente ahí uno ve a la gente también que permite ser el catalizador de eso y también saber todas esas cosas que traba.” (T.3, pág. 6)

“No sé cómo que siento que hay un ámbito de reparación, uno que es como de tramitación de la dificultad y otro que es como de acompañamiento ¿cachai? y deben haber muchos más, si yo... o sea estos son los que se me ocurren ahora em... pero creo que como que la interpelación puede venir también harto desde lo que.... Desde lo que uno... de lo que uno le llega de la dificultad. Como, no sé cómo decírtelo pero... em... (...)(es una cosa) Intuitiva y además como... personal ¿cachai? Como... eh.... Si yo... por ejemplo yo, me he dado cuenta que siempre trabajo desde el lado del oprimido. Entonces lo que a mí me hace más sentido, es trabajar con la gente en reparación ¿cachai? Porque siento que me podría mover mejor en ese ámbito. (...) entonces siento que la interpelación también tiene que ver como de la, desde la postura que uno tiene en respecto de eso” (T.4, pág. 15)

c) El discurso del cuidado de sí: en el cual se promueve el propio cuerpo como el territorio donde este cuidado debe tener lugar, y del cual el propio individuo es el responsable (pero no el dueño). Desde ahí, se promueven prácticas que van en la línea de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, y el evitar ejercer la sexualidad fuera de ciertos parámetros considerados seguros. Del mismo modo, el individuo es responsable de hacerse cargo de su propio malestar psicológico, aún

cuando este pueda tener una génesis social y en el entorno de la persona. Desde ahí, los malestares se vuelven un problema individual y dominio de la Psicología Clínica.

“Pero en general lamentablemente los homosexuales hombres, muchas veces tienden a ser muy poco cuidadosos en cosas súper básicas. Por ejemplo, la no utilización de condón ¿me entiendes? A la hora de tener relaciones sexuales y obviamente también de repente no, no cuidarse también como a la hora de exponerse también, no sé, en lugares públicos. Entonces, no en cuanto al hecho de ir a tener sexo a un lugar público, sino más bien, a lugares peligrosos. Entonces eso como que de repente son temas que se abordan más que nada pero, como psicoeducación sexual básica casi ¿me entiendes? Porque tienen muy poco... de cierta manera bagaje respecto a eso, pero también muy poca red para poder abordarlo. La red son muchas veces red de amigos muy reducida, entonces que también de repente no son los que también tienen ese mismo conocimiento, esas mismas posibilidades de interpelar acerca del cuidado básico de una persona, a la hora obviamente de relacionarse sexualmente con otra. (...) Creo que ahí me sale, no lo conservador, pero si como el hecho de decir, la mamá o papá cuidador. Como decirle “oye pero ya está bien que tengas relaciones, pero no te vayas a meter allá Al Castillo, o un lugar público en donde te pueden asaltar, te pueden dejar ahí en una situación complicada, o también obviamente utilizar”, cuando, como obviamente si conoce a alguien casualmente. O sea no está mal, o sea eso yo no lo juzgo, es parte de tus posibles decisiones pero, puedes ¿no cierto? tener los resguardos básicos que hay que tener en cuenta...” (T.3, pág. 11)

d) El discurso de la auto observación del propio operar como ética:

Valoriza y promueve el posicionamiento ético y político del psicólogo/a frente al tema de la Diversidad Sexual. Promueve la autoformación en temas de la Diversidad Sexual. Promueve la aceptación incondicional del consultante, poniendo atención en las dificultades que puedan emerger,

enfaticando la auto observación permanente de los propios prejuicios, intervenciones y premisas.

“Yo te decía lo difícil que era principalmente con el tema Trans, actualmente. Porque es complejo todavía y hay muy poca información ¿me entiendes? Porque es un tema que recién está como emergiendo como a nivel... tanto de abordaje como también de bibliografía. Entonces como que hay harta nomenclatura y hartas cosas que quizás también quedan como fuera de... ¿Cómo se llama? De lo que uno conoce. Entonces, como que implica también un desafío tener que ir a formarse, y también obviamente, lo que se trasmite también a esas familias donde emerge una persona que también tiene una identidad de género. Entonces de cierta forma, implica también una dificultad porque de repente no tienes todas las respuestas. No te puedes poner en esa posición de alguien que sabe, que conoce y que obviamente si tiene que esperar como para también entregar respuestas y ser planificador y orientador a la hora de lo que está ocurriendo.” (T.3, pág. 5)

e) El discurso de la estabilidad e inteligibilidad de la orientación sexual y la identidad de género LGBT: en el cual se asume que la Identidad de género y la orientación sexual son aspectos que devienen estables y relativamente permanentes en el individuo. Desde ahí se promueve un reconocimiento y aceptación de estos por parte del individuo, que implica la identificación con categorías preexistentes (lesbiana, gay, Trans, bisexual). Y en el caso de la identidad de género, se busca una concordancia entre aquello que se dice ser y aquello que se ve, con el objetivo de que el otro nos sea inteligible.

“Entonces tengo a dos pacientes hombres eh... que se identifican con el género femenino, pero son pacientes psicóticos ¿cachai? Entonces, están ahí... hay una confusión siempre en relación a eso... Como desde lo sexual. Em... y uno en particular en algún momento se estuvo vistiendo de mujer, en su juventud. Pero en un espacio muy privado, cerrado, no salió a la calle y no, no... y tampoco eh...”

se piensa en un nombre en femenino. Como que es algo que le da vuelta, pero desde su cosa psicótica” (T.4, pág.10)

Posterior a la identificación de los discursos centrales del texto, se procede a observar dónde y cuándo aparecen dentro de éste y cómo han funcionado formando los objetos de los que hablan, naturalizándolos de tal forma de que parezca disparatado y perverso cuestionar su existencia. De esta manera, tenemos que:

El discurso de la Heteronorma aparece en una gran variedad de dispositivos en el texto. En particular, aparece notoriamente en la Ficha CLAP, que pesquisa factores de riesgo en la adolescencia, principalmente relacionados al ejercicio de la sexualidad, y asumiendo la heterosexualidad como la norma estadística. En la Vía Clínica para la adecuación corporal, que sólo permite la modificación del cuerpo en términos binarios y requiere una evaluación psiquiátrica para autorizar los procedimientos; Por último, el SOME (sistema de orientación médico estadístico), sólo consigna el RUT y la información que de ello se desprende, en este caso, sólo el sexo registral del paciente.

Este discurso naturaliza la existencia de únicamente dos géneros e incluso de dos sexos, opuestos entre sí, tal que resulta disparatado que una persona pueda clasificarse fuera de estas dos categorías. Del mismo modo, naturaliza la correspondencia entre femenino/mujer y masculino/hombre.

El discurso de los Derechos de las personas LGBT aparece transversalmente como parte del posicionamiento ético político de los terapeutas sistémicos y en horizonte ético declarado de la Psicoterapia con pacientes LGBT

El discurso del cuidado de sí aparece en los objetivos de los planes y programas preventivos. Naturaliza el autocuidado tal que resulta disparatado pensar en que alguien querría no cuidarse.

El discurso de la auto observación del propio operar como ética, aparece como elemento central de una ética desde el enfoque sistémico, y en las

menciones a la competencia cultural. No obstante, al promover la autoformación del terapeuta en temas de Diversidad Sexual, naturaliza la idea de la experticia.

El discurso de la estabilidad e inteligibilidad de la orientación sexual y la identidad de género LGBT aparece en tanto se espera obtener en algún momento, como resultado en el proceso del consultante, una suerte de culminación de un proceso ya sea de tránsito o confusión.

Estos pasos permiten centrarse luego en la interrogante de cuál es el papel de dichos discursos en la vida de las instituciones, la transmisión ideológica que reiteran y relaciones de poder que reproducen (Parker, 2004):

El discurso de la Heteronorma reproduce un sistema sexo género binario y el poder del sistema de salud de asignar y registrar un sexo a los recién nacidos. Reproduce una visión patologizada de la diversidad sexual al utilizar el diagnóstico Disforia de género en la Vía Clínica, y al dictaminar la obligatoriedad de una evaluación psiquiátrica junto prescribir acompañamiento psicológico individual.

El discurso de los Derechos de las personas LGBT reproduce la idea de los derechos y libertades de los estados modernos. Reproduce la ideología de la libertad. Bajo el lema de que somos todos igualmente diversos, y la orientación sexual e identidad de género del consultante no son tema. A consecuencia de ello, reproduce la invisibilización de las necesidades específicas de la población LGBT.

El discurso del cuidado de sí reproduce la individualización de la responsabilidad del cuidado, desligando por ejemplo, al Estado como ente que promueva condiciones de posibilidad para el real cuidado de la población.

El discurso de la autoobservación del propio operar como ética reproduce- al promover la idea de la responsabilidad del psicólogo/a de informarse y en su deber de psicoeducar-la asimetría de poder entre el terapeuta y el consultante. Al asumir que el psicólogo/a debe poseer cierta pericia en los temas que le compete y a los cuales es convocado a trabajar, reproduce la idea de que sabe más que el consultante respecto de su malestar. Ello a su vez Reproduce la idea del

psicólogo/a como parte del estamento médico. Se asume que esta asimetría de conocimiento es parte del contrato terapéutico

El discurso de la estabilidad e inteligibilidad de la orientación sexual y la identidad de género LGBT reproduce una visión estática de la sexualidad y de la Identidad. Reproduce la patologización de la noción de tránsito permanente, mutabilidad, y la no categorización de aspectos de la identidad.

Posteriormente, el análisis nos invita a examinar la función de los discursos en la reproducción de las instituciones, junto a la exploración de cuáles son los discursos que subvierten dichas instituciones. En este punto Parker se basa en la idea foucaultiana de que las instituciones no simplemente estructuran la vida social, sino que también restringen lo que puede ser dicho, quién puede hacerlo y cómo las personas deben comportarse y concebir su propia subjetividad (Parker, 2004). De este modo, tenemos que:

El discurso de la Heteronorma es subvertido por el discurso de la deconstrucción del diagnóstico en el espacio psicoterapéutico.

El discurso de los Derechos de las personas LGBT, con la noción de reparación del daño, subvierte la heteronorma al abrir un espacio libre de prejuicios. Implica la deconstrucción del discurso que sustentó el maltrato institucional. . De igual manera, una noción despatologizante, subvierte le discurso de la diversidad sexual asociado a una patología.

Llegado a este punto, el análisis invita a examinar quienes se benefician de estos discursos y quienes los sufren. Asimismo, quienes apoyan y desacreditan estas formas de hablar. De este modo, podríamos decir que:

El discurso de la Heteronorma los principales beneficiados son aquellos individuos cuyo deseo y afectividad y sexualidad está organizada de acuerdo a la heterosexualidad. Este discurso es apoyado por el discurso médico y biologicista.

En el discurso del cuidado de sí principales beneficiados en teoría son los usuarios, no obstante ello los deja solos respecto del cuidado.

En el discurso de la auto observación del propio operar como ética: principales beneficiados serian los consultantes.

El discurso de los Derechos de las personas LGBT es desacreditado por el discurso conservador, por el discurso de la heteronorma, por el discurso religioso y por el familiarista.

Finalmente, el proceso analítico nos lleva a mostrar cómo estos discursos se vinculan con otros deseos de Poder. Junto con ello, el examen de cómo reproducen o retan las concepciones dominantes, así como aquello que pueden cambiar y las posibilidades que otorgan a futuro. Ello se basa en la idea foucaultiana de donde hay Poder, hay también posibilidades de resistencia (Parker, 2004). De este modo, podemos decir que:

El discurso de la auto observación del propio operar como ética: utiliza la psicoeducación como un recurso de entrada, para ampliar posibilidades.

El discurso de la estabilidad e inteligibilidad de la orientación sexual y la identidad de género LGBT es subvertido por los discursos provenientes de la Teoría Queer, los desarrollos teóricos y la presencia creciente de movimientos sociales de las disidencias sexuales, que instalan la fluidez de la sexualidad y las existencias no binarias.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como inquietud principal la comprensión de los discursos de psicoterapeutas sistémicos/as que se desempeñan en el ámbito del Servicio Público de Salud en la ciudad de Santiago, respecto de la práctica clínica con consultantes LGBT.

Respecto del método utilizado, es posible señalar que el Análisis Crítico del Discurso (ACD) permitió realizar un ejercicio interpretativo que permitió identificar, describir y analizar los discursos a partir del habla de los terapeutas transformada en texto escrito.

A partir del proceso investigativo realizado, fue posible identificar cinco discursos principales, que se presentarán y discutirán organizados en torno a los objetivos específicos. Estos buscaron describir y analizar los discursos de los/as terapeutas respecto del contexto institucional en el cual la práctica clínica se lleva a cabo, respecto de los consultantes y de la relación terapéutica con ellos, así como respecto del propio operar en el contexto de la atención clínica con este tipo de población.

Frente a ello, es posible señalar que:

1. Respecto del contexto institucional de la atención a consultantes LGBT, predomina el discurso de la heteronorma, presentándose en múltiples instancias y dispositivos institucionales: FICHA CLAP, SOME, Vía Clínica y en los espacios de Supervisión. El modo en opera la noción de Diversidad Sexual en la atención en Salud Mental en el servicio público es principalmente a través de la heteronorma.
2. Respecto de los consultantes y la relación terapéutica con éstos, predomina el discurso de los Derechos de las personas LGBT, el discurso del cuidado de sí, y el discurso de la estabilidad e inteligibilidad de la orientación sexual y la identidad de género LGBT. El cruce entre estos discursos configura al sujeto sexualmente

diverso como sujeto de Derechos en deuda, que lo hacen a su vez aparecer como vulnerable, dañado y situado en los márgenes de lo inteligible.

3. Respecto del propio operar de los terapeutas en el contexto del proceso de la terapia con consultantes LGBT, predomina el discurso de la autoobservación del propio operar como ética. Desde ahí, se promueve la atención en los aspectos micropolíticos, el valor de la supervisión y la autoformación en temáticas de Diversidad Sexual, desde un posicionamiento claro, y con un norte de transformación social.

Finalmente, y atendiendo a dar cuenta del objetivo general de la presente investigación, es posible concluir que el campo de la atención clínica en Diversidad Sexual es un campo cruzado por discursos contradictorios y que se ponen constantemente en tensión e interpelación. Ejemplo de ello es la participación de los/as psicólogos/as en los procesos derivados de la Vía Clínica para la adecuación corporal y el cambio de sexo. Escenario que les sitúa en la paradoja de tener que recurrir al diagnóstico como una herramienta necesaria para facilitar el tránsito en personas que buscan cambiar de sexo. La tensión entre el discurso de los derechos y de la heteronorma, sitúa a los profesionales entre la exigencia de ser afirmativos, ver al sujeto más allá de las categorías de género binarias y etiquetas diagnósticas y a la vez intentar hacerlo encajar en ellas con el fin de facilitar su acceso a las prestaciones de salud.

A modo de discusión, es posible plantear que respecto del enfoque sistémico-relacional, si bien éste tiene un horizonte ético con ciertas características- actitud crítica, propósito de liberación, de cambio cultural, visión comunitaria y social de los malestares psicológicos, junto con una visión no psicologizante ni patologizante de los mismos- permanece aún el desafío de expandir las teorizaciones y sistematizaciones respecto de la psicoterapia con consultantes LGBT como una forma de posicionamiento. Respecto de las

proyecciones de la presente investigación, un interesante contrapunto sería la incorporación de las voces de los/las consultantes LGBT que hayan sido atendidos en el contexto de salud pública por terapeutas que adscriban a un enfoque sistémico-relacional. Del mismo modo, los rendimientos de la presente investigación podrían proyectarse y expandirse a la profundización de las fisuras en aquellos discursos hegemónicos que sostienen un ordenamiento social opresivo para las personas LGBT.

Lo anterior implica para los/las terapeutas el reconocer en sí mismo/a los efectos del discurso heteronormado y de todos aquellos discursos hegemónicos, y cómo éstos se pueden estar reproduciendo en el espacio terapéutico. Lo anterior nos invita a pensar la psicoterapia como un dispositivo que permita no sólo trabajar con el consultante, sino también con el/la terapeuta. En particular, sobre la toma de conciencia y visibilización de las relaciones de Poder en el que ambos se encuentran, y por separado.

Respecto de la necesidad de informarse de los terapeutas, de adquirir información y de “deformarse”. La Diversidad Sexual pareciera no ser como cualquier otro tema del cual pudiese surgir la necesidad de informarse, sino que es un elemento de tensión e interpelación en la medida en que es una temática que alude al cuestionamiento del orden social sexual del cual el mismo/a terapeuta es parte.

Respecto de la necesidad de educar para el cambio social: se vuelve especialmente relevante la noción conocimiento como poder, que implica la expansión y la instalación de nuevas verdades y consensos en términos construccionistas, una verdad que se acomode mejor al escenario social actual.

Es por ello que, a nivel de formación profesional, frente a la pregunta de si es estrictamente necesario o no que los psicólogos/as clínicos/as nos formemos en Diversidad Sexual, un intento de respuesta va por el lado de la ética profesional, del servicio culturalmente competente o sencillamente ético y de calidad que se

quiere entregar, inscrito en el propósito mismo de la psicoterapia. Y por otro lado, implica romper con esta idea de que el Diverso es el otro, que estudiar sobre los diversos me da un valor agregado como terapeuta, pero que no es obligatorio, con Ello reproduce la idea de que formarse en Diversidad Sexual implica estudiar sobre los gays, lesbianas, bisexuales y Trans; sobre cuáles son sus sufrimientos y necesidades y no sobre si mismo como sujeto sexuado y generizado en un orden social determinado y los efectos que ello tiene. En otras palabras, el formarse sobre Diversidad Sexual implica el estudio y revisión de cómo la sexualidad del mismo/a terapeuta está inscrita en el entramado social del cual es parte junto con el (cualquier) consultante. Ello atañe a todas las diversidades (raciales, étnicas, funcionales, sexuales), puesto que implica necesariamente el cuestionamiento de qué significa ser diverso, diferente o diverso respecto de qué, cuál es nuestro patrón de referencia por el cual dictaminamos que un individuo es similar o diverso. Es este ejercicio, el posicionarse no desde la vereda opuesta a la Diversidad, el que nos llevará como terapeutas sistémicos a un real ejercicio crítico y a prácticas transformadoras del statu quo.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, DIVISION 44. 2000. Guidelines for Psychotherapy With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. [en línea] American Psychologist Vol. 55, No.12, 1440-1451. Diciembre 2000 <<https://www.apa.org/practice/guidelines/glbtc.pdf>>[consulta: 15 mayo 2017].
2. ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H. 1992. The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En: S. MCNAMEE & K. J. GERGEN (Eds.), Inquiries in Social Construction. Therapy as Social Construction. Estados Unidos. Sage Publications, Inc. Pp. 25–39.
3. BARRIENTOS, J. & CÁRDENAS, M. 2013. Homofobia y Calidad de Vida de Gay y Lesbianas: Una Mirada Psicosocial. [en línea] Psykhe, Santiago, Vol. 22, No. 1, p. 3-14. <<https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.22.1.553>> [consulta: 20 agosto 2018].
4. BARRIENTOS, J., CÁRDENAS, M., DÍAZ, J. & MUÑOZ, F. 2012. Derechos, Políticas, Violencia y Diversidad Sexual: segunda encuesta marcha por la diversidad sexual-Santiago 2011. Santiago, Chile. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM), Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS), Escuela de Psicología, Universidad Católica del norte. 71p.
5. BARNETT PEARCE, W. 1998. Nuevos Modelos y Metáforas Comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad. En: FRIED SCHNITMAN, D. (ed.). Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad Buenos Aires. Paidós. Pp. 265-283.
6. BASSI, J. 2015. Formulación de Proyectos de Tesis en Ciencias Sociales. Manual de Supervivencia para Estudiantes de Pre- y Posgrado. Santiago de Chile. Ediciones y Publicaciones El Buen Aire S.A. 527p.

7. BOSTWICK, W. B., BOYD, C. J., HUGHES, T. L., & WEST, B. 2014. Discrimination and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. [en línea] *The American Journal of Orthopsychiatry*. 84 (1): 35–45. <<http://doi.org/10.1037/h0098851>> [consulta 15 agosto 2017].
8. BUTLER, J. 2001. *El Género en Disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Programa Universitario de Estudios de Género, México. Editorial Paidós. 159p.
9. BUTLER, C., & BYRNE, A. 2008. *Queer in practice: Therapy and queer theory*. En: *Feeling Queer or queer feelings? Radical approaches to counselling sex, sexualities and genders*. Londres, Reino Unido. Routledge. Pp. 89-105.
10. CALVENTUS, J. 2000. Acerca de la Relación entre el Fundamento Epistemológico y el enfoque metodológico de la Investigación Social: la controversia Cualitativo vs. Cuantitativo. [en línea]. *Revista de Ciencias Sociales*. 2. <<http://files.mytis.webnode.cl/200000015-574ca5868d/Calventus%3B%20Acerca%20de%20la%20relaci%C3%B3n.pdf>> [consulta: 26 junio 2017].
11. CANALES, MANUEL (Coord.). 2006. *Metodologías de Investigación Social. Introducción a los Oficios*. Santiago de Chile. LOM Ediciones. 408p.
12. CÁRDENAS, M. & BARRIENTOS, J. 2008. Explicit and Implicit Attitudes toward Gay Men in a University Sample in Chile. [en línea]. *Psykhé* Santiago. 17(2):17-25. <<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000200002>> [consulta: 12 marzo 2018].
13. CARRIZO, C. 2015. *Accesibilidad a los Servicios de Salud Mental con perspectiva de Diversidad de género en el Primer y Segundo Nivel de Atención en la localidad de Alta Gracia*. Tesis de Maestría. Córdoba. Universidad nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas. Facultad de Psicología. 102p.

14. CLARKE, V., ELLIS, S., PEEL, E. 2010. Lesbian Gay Bisexual Transgender Queer Psychology: An Introduction. Reino Unido. Cambridge University Press. 346p.
15. COCHRAN, S. 2001. Emerging Issues in Research on Lesbians' and Gay Men's Mental Health: Does Sexual Orientation Really Matter? [en línea]. American Psychologist. Vol. 56(11):931-947.
<<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.11.931>>
16. COLEGIO DE PSICOLOGOS DE CHILE. 2015. Fundamentos Técnicos: Posición del Colegio de Psicólogos de Chile Acerca de las Terapias Reparativas para Curar la Homosexualidad. Revisión final, 04 junio 2015. [en línea]. Chile. <<http://colegiopsicologos.cl/2015/06/12/referencias-tecnicas-terapias-reparativas-estudio/>> [consulta: 23 noviembre 2019].
17. COLEGIO MÉDICO DE CHILE. 2018. Manual de formación Género y Salud. [en línea]. Chile. < http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual_Genero_Final.pdf> [consulta: 23 noviembre 2019]. CASS, V. 1979. Homosexual Identity Formation: A Theoretical Model. Journal of Homosexuality. [en línea] 4(3): 219-235.
<https://doi.org/10.1300/J082v04n03_01> [consulta: 20 marzo 2020]
18. ECHEVERRÍA, GENOVEVA, y JOSÉ MARTÍN MATURANA. 2016. Análisis crítico del discurso de políticas públicas en diversidad sexual en Chile. [en línea] Universitas Psychologica. Bogotá, Colombia. 14(4):1485- 1498.<
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.up14-4.acdp> >
19. FOUCAULT, M., & GORDON, C. 1980. Power/Knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977. New York. Estados Unidos. Pantheon Books. 288p.
20. FOUCAULT, M. 1988. Practicing criticism, or, is it really important to think?. En: KIRITZMAN, L (ed). Politics, Philosophy, Culture. Interviews and others Writings. Pp.152-156.

21. FOUCAULT, M. 1999. Las técnicas de sí. En: Estética, Ética y Hermenéutica. Obras esenciales, Volumen III. Barcelona, España. Editorial Paidós. Pp. 443-474.
22. FRUGGERI, L. 1996. El proceso terapéutico como construcción social del cambio. InS. McNamee & KJ Gergen (Eds.), La terapia como construcción social, Pp.61-76.
23. GALAZ, CATERINE, LEYLA TRONCOSO, y RODOLFO MORRISON. 2016. Miradas Críticas sobre la Intervención Educativa en Diversidad Sexual. Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva 10(2):93-111.
24. GARAY, A., IÑIGUEZ, L, y MARTÍNEZ, L. 2005. La Perspectiva Discursiva en Psicología social. Subjetividad y Procesos Cognitivos. [en línea] Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales Argentina. 7. p.105-130. < <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630246006.pdf> > [consulta: 15 mayo 2017].
25. GARNETS, L., HANCOCK, K., COCHRAN, S., GOODCHILDS, J., & PEPLAU, L. 1991. Issues in Psychotherapy with Lesbians and Gay Men: A survey of psychologists. [en línea] American Psychologist. 46. Pp. 964–972. <<https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.9.964>> [consulta: 15 agosto 2020].
26. GERGEN, K. 1985. The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
27. GERGEN, K. 2007. Construcción social: Aportes para el Debate y la Práctica. Bogotá. Ediciones Uniandes. 367p.
28. HERNANDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., y BAPTISTA, P. 2006. Metodología de la Investigación. 4ª ed. México. McGraw-Hill. 656p.
29. HERRERA, C. & OROZCO, J. 2011. Comprensión de las Dinámicas de Relación de Parejas del mismo Sexo a partir de la Intervención Clínica

Sistémica. Magíster en Psicología Clínica. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana de Colombia, Facultad de Psicología.

30. HODGES, I. 2008. Queer dilemmas: the problem of power in psychotherapeutic and counselling practice. En: MOON, L. (ed.) *Feeling queer or queer feelings?: radical approaches to counselling sex, sexualities and genders*. Londres; Nueva York. Routledge. Pp. 7-22.
31. IÑIGUEZ, I. y ANTAKI, Ch. 1994. El análisis del Discurso en Psicología Social. *Boletín de Psicología*, 44:57-75.
32. IÑIGUEZ, L. ed. 2006. *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. 2ª ed. Barcelona: Editorial UOC. 256p.
33. IÑIGUEZ, L. 2008. *La Entrevista Individual. Apunte curso: Métodos Cualitativos de Investigación en Ciencias Sociales*. Maestría en ciencias sociales. Universidad de Guadalajara. Centro universitario de Ciencias Sociales y Humanidades.
34. IÑIGUEZ, L. 2008. *El Debate sobre Metodología Cualitativa versus Cuantitativa. Apunte curso: Métodos Cualitativos de Investigación en Ciencias Sociales*. Maestría en ciencias sociales. Universidad de Guadalajara. Centro universitario de Ciencias Sociales y Humanidades.
35. JUBÉS, E., LASO, E Y PONCE, A. 2000. Constructivismo y construccionismo. Dos extremos de la cuerda floja. *Boletín de Psicología*, 69: 71-89.
36. KITZINGER, C. 1990. Heterosexism in psychology. *The Psychologist*. 3(9), 391-392.
37. KITZINGER, C. 1996. Speaking of Oppression: Psychology, Politics and the Language of Power. En: E. ROTHBLUM, L. BOND (Eds.) *Preventing Heterosexism and Homophobia*. Estados Unidos. Sage. p.3-19.

38. LANGDRIDGE, D. 2008. Are you angry or are you heterosexual? A queer critique of lesbian and gay models of identity development. En L. Moon (Ed.), *Feeling queer or queer feelings?: Radical approaches to counselling sex, sexualities and genders* . Routledge/Taylor & Francis Group. p. 23–35
39. LAX, W. D. (1992). Postmodern thinking in clinical practice. In S. McNamee & KJ Gergen (Eds.), *Therapy as social construction*. Pp. 69-85.
40. LIDDLE, B. 1996. Therapist Sexual Orientation, Gender, and Counseling Practices as they Relate to Ratings of Helpfulness by Gay and Lesbian Clients. [en línea]. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 43, p. 394–401. <<https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.394>> . [consulta: 16 agosto 2018].
41. METODOS CUALITATIVOS en Psicología: Una Guía Para la Investigación. 2004. Por Banister, P “et al”. Guadalajara. Ediciones Universidad de Guadalajara. 219p.
42. MEYER, ILAN H., y DAVID M. FROST. 2012. Minority Stress and the Health of Sexual Minorities. En: C. J. PATTERSON y A. R. D’AUGELLI. (Eds). *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. Estados Unidos. Oxford University Press. Pp. 252-66.
43. MINSAL. 2016. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes. [en línea] <<http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>> [consulta: 16 agosto 2020].
44. MOITA, GABRIELA. 2006. A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. *Revista Crítica de Ciências Sociais* (76):53-72.

45. MOON, L. 2016. Counselling Ideologies: Queer Challenges to Heteronormativity. London. Routledge Editorial. 264p.
46. MORALES, R. 2010. Análisis Interpretativo Crítico en torno a los aspectos Micropolíticos de los Discursos de Psicoterapeutas Sistémicos respecto de la Relación Terapéutica. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica. Temuco. Universidad Mayor, Facultad de Ciencias Sociales.
47. MORALES, R. 2011. Poder, subjetividad y psicoterapia: alcances y consideraciones desde la analítica foucaultiana hacia una política de la resistencia. [en línea]. < <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/108731> > [consulta: 25 abril 2018].
48. MURPHY, B. 1991. Educating Mental Health Professionals about Gay and Lesbian issues. Journal of homosexuality 22(3):229-246.
49. NATIONAL LGBT CANCER NETWORK. Best Practices in Creating and Delivering LGBTQ Cultural Competency Trainings for Health and Social Service Agencies. [en línea]. Nueva York, Estados Unidos. <https://cancer-network.org/wp-content/uploads/2017/02/best_practices.pdf> [consulta: 16 agosto 2028].
50. NYSTROM, N. 1997. Mental health experiences of gay men and lesbians. En: MEETING OF THE AMERICAN Association for the Advancement of Science. Houston, Texas, Estados Unidos. American Association for the Advancement of Science.
51. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 52° CONSEJO DIRECTIVO, 65ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL. 2013. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Washington D.C, Estados Unidos. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 10p.

52. PAKMAN, M. 1996. (Comp.) Construcciones de la experiencia humana. Vol. I. Barcelona. España. Editorial Gedisa. 288p.
53. PAKMAN, M. 2006. Entrevista con Marcelo Pakman, realizada por Alicia Moreno en la Universidad P. Comillas de Madrid. Febrero de 2006.
54. PARKER, I. 1992. Discourse Dynamics: Critical Analysis for Social and Individual Psychology. London. Routledge. 170p.
55. PARKER, I. 1996. Discurso, Cultura y Poder en la Vida Cotidiana, En: A. GORDO-LÓPEZ y J. L. LINAZA (Eds). Psicología, Discurso y Poder: Metodologías cualitativas, perspectivas críticas. Madrid. Visor, Libros. Pp. 79-92.
56. PARKER, I. 2003. Psicología Crítica: Conexiones Críticas. En: D. VILLUENDAS y A. J. GORDO LÓPEZ (comps). Relaciones de Género en Psicología y Educación. Madrid, España. Consejería de Educación, Comunidad de Madrid. Pp. 199-221.
57. PARKER, I. 2004. Análisis de Discurso. En: BANISTER P., BURMAN E., TAYLOR M., TINDALL C., PARKER I. Métodos Cualitativos en Psicología: Una Guía Para la Investigación. Guadalajara, México. La Noche Editores. Pp. 121-139.
58. PARKER, I. 2009. Psicología crítica: ¿Qué es y qué no es? Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria. 8. Pp.139-159.
59. PARKER, I. 2014. Discourse dynamics (psychology revivals): Critical analysis for social and individual psychology. Londres, Reino Unido. Routledge Editorial. 35p.
60. PAVÓN-CUÉLLAR, D. 2011. La psicología crítica de Ian Parker: análisis de discurso, marxismo trotskista y psicoanálisis lacaniano. Teoría Y Crítica de La Psicología, 1. Pp56-82.

61. PSICOTERAPIA CULTURALMENTE Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+. Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental. 2018. Por Martínez, C. Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J. Rosenbaum, C., Aguayo, F. Santiago. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia. Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP). 50p.
62. ROSE, N. 1990. Governing the soul: The shaping of the private self. Reino Unido. Taylor & Francis Group/Routledge Editorial. 320p.
63. ROSE, N. 1995. Power in therapy: Techne and ethos. [en línea]. Academy for the Study of the Psychoanalytic Arts. Farmington Hills, Michigan, Estados Unidos.
64. < <https://academyanalyticarts.org/rose-power-in-therapy> > [consulta: 28 septiembre 2019].
65. ROSE, N. 1996. Inventing our Selves: Psychology, Power, and Personhood. Cambridge, Reino Unido. Cambridge University Press. 232p.
66. RUIZ OLABUÉNAGA, J. 2007. Metodología de la Investigación cualitativa (4ª ed.) Bilbao. Universidad de Deusto Publicaciones. 344p.
67. SIMON, G. Y WHITFIELD, G. 2000. Systemic and Social Constructionist Therapy. En: D. DAVIES & C. NEAL (Eds.). Pink Therapy II: Theoretical Perspectives in Working with Lesbians, Gay Men and Bisexuals. 4ª Edición. Reino Unido. Open University Press. Pp. 144-162.
68. SISTO, V. 2012. Análisis del Discurso y Psicología: A veinte años de la revolución discursiva. Revista de Psicología, 21(1):185-208.
69. SHELTON, KIMBER, y EDWARD, A. DELGADO-ROMERO. 2011. Sexual Orientation Microaggressions: The Experience of Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Clients in Psychotherapy. Journal of Counseling Psychology 58(2):210-21.

70. TOMICIC, ALEMKA, CONSTANZA GÁLVEZ, CONSTANZA QUIROZ, CLAUDIO MARTÍNEZ, JAIME FONTOBNA, JULIANA RODRÍGUEZ, FRANCISCO AGUAYO, CATALINA ROSENBAUM, FANNY LEYTON, ISIDE LAGAZZI. 2016. Suicidio en Poblaciones Lesbiana, Gay, Bisexual y Trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*. 144(6):723-33.
71. VALDÉS, C. & RIQUELME, M. 2016. Personas LGBTI en Chile privadas de libertad, con libertades restringidas y otras situaciones de derechos humanos relacionadas con tortura, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. [en línea] Santiago, Chile. Frente de la Diversidad Sexual/Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex. <https://ilga.org/wpcontent/uploads/2016/02/SPT-Country-Visit-Chile-LGBT_ES.pdf > [consulta: 27 junio 2017].
72. VAN DEN BERGH, N. & CRISP, C. 2004. Defining Culturally Competent Practice with Sexual Minorities: Implications for Social Work Education and Practice. *Journal of Social Work Education* 40(2): 221-238.
73. WHITE, M., EPSTON, D. 1993. Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona, España. Editorial Paidós Ibérica. 222p.
74. WHITE, M. 2002. Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos. Barcelona, España. Editorial Gedisa.

ANEXOS

Anexo 1.

Pauta temática entrevista en profundidad

1. Identificación personal socio demográfica (edad, tiempo trabajando en la institución, breve mención de trayectoria laboral)

2. Discurso institucional, usuarios/as y Diversidad Sexual

- Descripción del dispositivo de salud en términos de su propósito y objetivos declarados.
- Descripción del propio rol en la institución y expectativas sobre ellos/as
- Descripción del tipo de usuario del dispositivo en el que trabaja.
- Relación de la institución con las “minorías” en general, y minorías sexuales en particular.

2. Usuarios/pacientes LGBT

¿Cómo aparece el sujeto LGBT o sexualmente diverso en la institución en la cual trabaja? ¿A través de qué canales? (ej. Guías clínicas, afiches, volantes, documentos varios, conversaciones formales o informales, instructivos, etc).

- ¿Cómo se nota la presencia de usuarios sexualmente diversos o sexualmente disidentes en el espacio institucional?

3. Posicionamiento ético-político y clínica del o de la terapeuta en relación a la atención clínica a personas de la diversidad sexual.

(Intencionar la distinción entre aquello que se considera debería ser de aquello que resultó o fue llevado a la práctica).

- Cómo el/la profesional se posiciona respecto de la atención clínica a personas de la diversidad sexual y en tanto terapeuta sistémico/a.
- Distinciones de posibles particularidades de la atención clínica a personas de la diversidad sexual y posibles diferencias con la atención clínica a usuarios no pertenecientes a esta población.
- Distinciones entre prácticas éticas y poco éticas en la práctica clínica con usuarios de la Diversidad Sexual.
- Cómo consideran que se articulan la política pública con la práctica clínica en Diversidad Sexual.

3. La propia experiencia en la clínica con consultantes de la Diversidad Sexual:

- Facilitadores y obstaculizadores en la relación clínica y el proceso terapéutico.
- Horizonte ético: aspectos fundamentales de la clínica con personas de diversidad sexual.
- Objetivos terapéuticos: principales lineamientos de acción en la clínica con la diversidad sexual

Anexo 2.

Trascripción Entrevistas

Entrevista 1

Listo, ahí estamos grabando. Emmm... esta es la primera entrevista, así que por eso... de repente soy más lenta con la cosa tecnológica.

Ya, no te preocupes

Oye mira, Cuéntame un poquito, esto que me decías, después del 2018 ¿Trabajaste al tiro en el servicio público, o fue en otro?

Sí. Es que yo egresé el 2018 y eh... mi práctica profesional la realicé en el servicio público. De marzo del 2018 a diciembre del 2018 estuve en un centro de salud, de un centro de salud familiar.

Perfecto

Y luego, en mayo del año pasado eh... luego de haber buscado trabajo algo así como cuatro meses, encontré trabajo en el Departamento de Salud de San Ramón.

Ya

Y allí comencé a trabajar en dos programas, uno se llama programa Elige Vida Sana y el otro es el programa Espacios Amigables, donde tengo mayor contacto con jóvenes.

Ya

Y Ahí me he desenvuelto desde mayo del año pasado hasta, hasta la fecha.

Y lo que te toca hacer, me decías eh... no es solo psicoterapia, o... ¿son más bien sesiones breves?

En el fondo lo que me toca hacer es, de todo un poco, como es en el fondo la atención primaria. Tengo que hacer consultas en salud mental, ya, eeh... destinadas tanto a población adulta como a población juvenil. Como estoy en dos programas veo distintas poblaciones ¿ya? Hago talleres a la comunidad, eeh, psicoeducativos y de prevención, y realizo psicoterapia en el programa de Espacios Amigables, principalmente a los jóvenes. Ahí es donde tengo mayor oportunidad de intervenir eh... diversidad de temas. Porque en el programa Elige Vida Sana, es principalmente hacer un control de hábitos saludables, evaluar cómo está la ansiedad y la sintomatología ansiosa de las personas, si es que hay algún cuadro mayor. En caso de que se presente una sintomatología mayor, como es atención primaria, generalmente, por ejemplo, si es que hay un episodio depresivo o algo así se debe derivar a COSAM.

Exacto

Entonces, en donde tengo mayor libertad de acción es en el programa Espacios Amigables, para hacer atenciones en salud mental.

Ya, y ahí en ese espacio ¿te ha tocado eh... atender a personas de la diversidad sexual me decías?

Sí, desde septiembre del año pasado comencé a tener más acercamiento con personas de la comunidad LGTB, y también he hecho talleres enfocados en ellos. Eh...mi taller se llama Sexualidad, Fertilidad y Género

Ya

Y ahí se aborda en el fondo la diversidad. Desde ahí yo he ido como moldeando. Porque como te digo, este programa me da ha dado una capacidad de yo poder ejercer mi rol más libremente y no tan eh... estipulado. Entonces lo que hacemos es ir a colegios, aplicar una ficha que es de salud ¿ya?, y ahí se pregunta la

orientación sexual de los jóvenes. Ahí yo he tenido la experiencia de ir captando muchos jóvenes de la comunidad LGTB, los cuales muchas veces me han dicho que ellos todavía no la han dicho ¿ya? me he dado cuenta ahí, lo que yo he percibido es que si uno le pregunta: eh... ¿eres heterosexual, homosexual, eh... bisexual? Eh... tan así ellos no lo responden, se quedan más o menos callados. Si uno les pregunta, “¿tienes claro?”, uno hace una pregunta más abierta, ahí ellos tienden a develar un poquito más la información. Y ahí he tenido la oportunidad de captar hartos niños que están en un proceso en que no se sienten aceptados, eh... no se sienten en confianza para decírselo a cualquier persona. Y ahí yo he ido captado y diciéndole: “sabes que yo trabajo en este programa”, “también hago consultas en salud mental”, “si quieres te podría ayudar a resolver esto”, ver, ver cómo podemos abordarlo (ininteligible 04:22~ 04:24) Pero que esto no, no genere un problema para su salud.

Claro, Y ¿Cómo es la recepción de los chicos frente al... ofrecimiento de ayuda?

Que lo que yo veo, en general los adolescentes lo único que necesitan es que alguien los entienda. De partida que alguien les diga estoy aquí para escucharte y ellos liberan todo lo que tienen que decir. En ese sentido, la recepción ha sido muy positiva, ellos quieren atención, piden el contacto, luego los llamamos. Y desde ahí, varios han asistido pero algunos no han adherido ¿ya?

Ya

Sin embargo si tengo algunos que han adherido, y una con la que ya tengo el proceso y ya hemos avanzado y yo diría que ya están bastante bien encaminados, en cuanto a los objetivos terapéuticos.

Ya, Vamos a, a ahondar en eso un poco más, después, respecto de los objetivos terapéuticos. Eh... con esos procesos que sí se han llevado a cabo en el tiempo y también tu percepción de los que no han adherido, por qué no habrán adherido, por ejemplo. ¿Ya?

Ya

Para que vayamos pensando en eso.

Ya

Partamos por el tema institucional emmm... tu institución es el Departamento de Salud de San Ramón, o sea eso depende de la Municipalidad, emmm... tiene contacto con los CRS, COSAM, como funciona la orgánica ahí.

Ahí nosotros somos programa y estamos bajo el alero de la atención primaria

Ya

Por lo tanto estamos vinculados con todo lo que CESFAM

Ya, perfecto

Y COSAM, que sería la atención secundaria

Claro, perfecto

Y... se, se siguen los lineamientos que vienen del servicio de salud.

Ya, perfecto

Emmm... ¿Cómo describirías tú el, el dispositivo de salud en el cual trabajas? ¿Tú estás inserta como en un...eh... en un lugar en donde la gente va por atención, o es una oficina y tu mueves a los lugares donde tienes que intervenir?

Es un poco de los dos. Eh... la gente acude a solicitar hora para ingresar a estos programas y también yo me muevo hacia establecimientos educacionales o... no, principalmente establecimientos educacionales y también voy a los centros de salud y allí se abre agenda, en, en el sistema Rayen y ahí yo la voy atendiendo. En el fondo yo soy la que mayormente se mueve.

Ya perfecto

Pero también ellos, al saber que la psicóloga va a estar, por ejemplo en CESFAM 1 o CESFAM 2, ellos cuando ya tienen el primer contacto conmigo, ellos acuden para pedir su hora conmigo para tal día.

Ya, perfecto ¿Cuáles dirías tu que son los objetivos declarados del programa, que es lo que busca hacer, lograr, eh...servir a la gente?

Lo que buscan los, los dos programas es prevenir. Está en la parte de promoción de salud y es prevenir enfermedades no, no transmisibles, prevenir ¿cierto? enfermedades de eh... salud mental, factores de riesgo en la adolescencia. Por ejemplo el programa de Espacios Amigables nace con el tema del embarazo adolescente, bajo ese alero. Luego comienza a detectar el tema de abuso de sustancias, el tema de sexualidad, las infecciones de transmisión sexual, eh... y el tema, el tema netamente de prevención del suicidio. Esto es lo que estos programas buscan. En el fondo prevenir las conductas de riesgo en los usuarios.

Y en usuarios ¿qué rango de edades trabajan?

Emm... en el de adolescencia, el de eh... Espacios Amigables es de 9 a 19. Y en el de Vida Sana es desde los 0 a los 64 años de edad.

Perfecto, ya. Emm... ¿Cuál sientes tú que es el rol del psicólogo, de la psicóloga en esos dos programas?

El rol principalmente ahí es un poco mostrar lo que hace el psicólogo

Ya

Hay mucha resistencia a lo que es el psicólogo, muchas falsas creencias, no se entiende muy bien. Eh... Generalmente la gente por el programa Vida Sana, la gente viene enviada, “me enviaron al psicólogo” no hay un motivo de consulta explícito, intrínseco de ellos, sino que hay que ir descubriéndolo un poquito en terapia. Como no es una consulta que nazca de ellos si no porque “me derivaron”

Exacto

Hay muchas resistencias. Entonces el rol ahí es muy psicoeducativo, muy de entrar a hablar de lo que es el psicólogo, cuál es su tarea y de explicar.

Ya

Y por el otro lado, de ser un agente que, que esté a disposición de prevenir ciertos trastornos de salud mental que se están gatillando y hacer la derivación pertinente.

Perfecto, emmm... ¿Existe alguna emm... eh...diferencia entre lo que tú sientes que se espera de ti y lo que realmente puedes hacer, o lo que te gustaría hacer? Que a veces eh... dentro de mi experiencia al menos eh..., la institución te asignó un rol, se espera de ti hartas cosas pero no siempre uno lo puede llevar a cabo, por diferentes razones.

A mí lo que me pasa un poco ahí, es que siento que no se... que el equipo en sí no entiende muy bien lo que es la salud mental y como esta se debiese ejercer. En el fondo, por eso digo, es como... yo me siento a veces sola. Porque tengo que decir “oye hagamos esto”, “esto así “esto acá”. Y también, debo reconocer que también soy súper nueva en el tema de ser psicóloga, o sea, salí hace... poco más de un año, tengo un año recién de experiencia. Ahí estoy como construyendo mi carrera, pero sin un equipo de salud mental atrás que me diga “oye hace eso, o esto”. Yo siento que tanta expectativa no hay, sino que como... lo que yo haga va a ser bien recibido, porque en el fondo tampoco es que ellos delimiten mucho. Porque digo esto, porque desde el servicio de salud ¿ya? no importa mucho lo que le pase a las personas, y esto lo digo así con mucha claridad y no es ninguna injuria. De que el sistema de salud, lo que le importa es la meta, o sea que yo de aquí a fin de año haya cumplido con 700 fichas CLAP y eso va a hacer que el convenio se renueve en salud... y llega la platita para el otro año y así nos vamos moviendo y etcétera, etcétera, etcétera. Pero el trasfondo real, o sea si, si yo tengo una usuaria de LGTB y tengo que verla, no sé; esta chica está mal, probablemente esta con ideación suicida, está con pensamientos. La tengo que

ver una vez a la semana. A ellos no les va a importar eso, a ellos les va a importar el número total de cuántas fichas yo apliqué, de cuántos talleres ella realizó, cuánta gente asistió a ese taller. Pero cuantas sesiones recibió el usuario que tenía el problema no es muy considerado. Entonces, por eso te digo no... la expectativa que siento sobre mí en el fondo es cumplir la meta, más allá de lo que yo puedo dar profesionalmente.

Y ¿Pero la expectativa que tienes de ti misma como profesional?

Eh...yo siento que puedo dar mucho más y que me puedo seguir capacitando y me encanta el tema adolescencia. O sea es algo que yo... en eso me quiero seguir formando.

Ya, pero tu cuando...

En ese sentido yo no bajo mis expectativas.

Exacto, pero cuando estás en tu ejercicio profesional emm... ¿te sientes llamada a cumplir la meta o te sientes llamada a otra cosa?

Eh...la meta sé que se va a cumplir haciendo las atenciones. Pero por ejemplo... mi expectativa no ha cesado, porque en este programa estaba tan en veremos que yo cree un Instagram, he hecho cosas para captar nueva gente y hemos abierto este espacio de atención de salud mental para adolescentes que antes no estaba. Entonces en ese sentido mi expectativa es seguir avanzando en esto, seguir captando jóvenes que están en riesgo psicosocial, muchas veces, para poder dar una atención y yo poder lograr lo mejor de mí desde mi rol y no desde la meta, si no que desde, de verdad otorgar una atención de salud mental digna...

Ya

Porque igual la salud mental en Chile no tiene un peso a nivel público muy fuerte.

¿YCuál es, tu dirías, el tipo de usuario que llega o que se atiende? como un perfil.

Hay de todo un poco.

Ya

Emm...Dices que describa el tipo de usuario así como... No entiendo muy bien la pregunta.

Por ejemplo en eh...términos socioculturales, o socioeconómicos

Eh...Generalmente sí, son... eh... la comuna de San Ramón está dentro de las comunas más vulnerables de Chile, creo que es la tercera más vulnerable. Y por eso te decía... una parte importante de mi rol ahí es educarlos, explicarles que es lo que hace un psicólogo... Porque generalmente ellos llegan y esperan que el psicólogo me dé casi una receta de lo que tengo que hacer como tengo que hacerlo. Entonces ahí hay que ir un poco desmitificando estos mitos para poder avanzar un poquito.

Ya

Entonces, culturalmente eh... no saben tanto de lo que es el rol del psicólogo. Generalmente son derivados, generalmente eh... son usuarios, por ejemplo del programa Vida Sana son generalmente dueñas de casa, ese es tipo de usuario que llega. En cambio en los establecimientos educacionales no, son adolescentes con problemas económicos muchas veces severos, con consumo de sustancias algunos, pero eso principalmente.

Ya emmm... Varones, hombres ¿te toca relacionarte con ellos eh... o es más dueña de casa o adolescente?

Eh...veo hombres... pero son muy pocos

Ya

Hombre me refiero a adulto

Ya

Porque adolescente no, veo hombres y mujeres yo diría que es casi igual. Pero en cuanto a los adultos es mucha mujer. Creo que el 80%, 85% son mujeres.

Ya, y ¿La experiencia que has tenido en diversidad sexual es principalmente en el programa Espacios Amigables? ¿En el otro no?

Sí, en el otro no

Ya, centrémonos en ese entonces, que es principalmente público adolescente, usuarios adolescentes. Cómo eh... ¿Cómo sientes que se relaciona la institución con las “minorías”, en general? Ya sea étnicas sexuales, raciales, cómo... ¿Cómo aparece el sujeto diverso, por así decirlo?

Yo siento que está apareciendo... paulatinamente, que de apoco esto se ha ido considerando, pero todavía falta mucho, mucho por hacer. Lo digo desde que en el programa llega un convenio, cierto, para hablar de tales y tales temas en adolescencia y aparece en una parte muy ínfima diversidad sexual y listo... como preguntar si es o no es. Pero no aparece un lineamiento de cómo hacerlo, como tratarlo. Yo siento que en el fondo eh... no están integradas al 100%, a lo que es en la institución las minorías.

Ya, Por ejemplo la población inmigrante

También vemos inmigrantes y claro, si se han adherido al sistema eh... pero por ejemplo no se han tomado tantas medidas como eh...conocer más de su cultura. No se han tomado ese tipo de medidas.

Ya ¿Aparece en particular la eh...el usuario LGBT en algún eh... canal de la institución? por ejemplo en guías clínicas, afiches, volantes eh...documentos, instructivos.

Eh... en lo que ha aparecido, y hay una campaña que a mí me ha llamado bastante la atención. Que es en el tema para ver la prevención de infecciones de transmisión sexual y hay un nuevo fármaco, que en este minuto no recuerdo el nombre, que es para... prevenir ciertas infecciones eh... de transmisión sexual

como el VIH. Y ahí aparece al, al público destinado homosexuales eh...trabajadores sexuales, homosexual...emmm... transformistas, pero sale desde ahí, en el fondo no aparece en una guía como integrarlos, como un usuario no los haga sentir estigmatizados sino que aparece de este lado, como que ellos son una población con...

De riesgo

Eh...mayor riesgo a tener ciertas infecciones. Yo siento que está más desde un estigma que de un lugar donde los posicionemos como parte de.

Ya

Porque en el fondo yo creo que todos estamos en riesgo de tener ese tipo de infecciones.

Claro, y aparece más en el tema preventivo médico.

Claro

No te ha tocado ver por ejemplo emmm... guías o materiales de convivencia escolar que incorporen la diversidad sexual.

Ah sí, en diversidad sexual, en las guías de establecimientos educaciones sí se está implementando. En el tema educativo yo sé que sí. En la universidad me tocó revisar. En el sistema público de salud... no mucho.

Ya, ya, o sea... ¿Cómo sientes tú que... que aparece esta persona? ¿Aparece, aparece como alguien diferente que debe ser tolerado... o todos somos distintos en nuestras diferencias o... nosotros todos somos iguales y hay un grupito distinto? ¿Cómo sientes que aparece en los materiales que te ha tocado ver?

En ese sentido desde los materiales sí lo veo como aceptando bastante la diversidad...

Ya, como...

De que somos todos diversos.

Ya, O sea, la diversidad es una cualidad de todos no de solamente de un grupo.

Claro, sí. A lo que voy cuando decía lo que me ha llamado la atención es que, claro, lo veo así pero a la vez veo un poquito de estigma al ver que, por ejemplo, para hacer campaña los pongan a ellos en este folleto. Eso, eso no, no estoy de acuerdo, no me parece correcto. Pero sí he visto un discurso, al menos en el discurso, que sí se está usando este tema de que todos somos diversos y que en el fondo es, no tiene... no hay que cuestionarlo mucho.

Eh... y en los espacios en los que tú trabajas, tú te mueves a colegios ¿cierto? Colegios principalmente, en este programa espacios amigables.

Sí, sí

Desde ahí tú captas a los potenciales pacientes, yendo a los colegios

Sí, sí

¿Cómo aparecen las personas LGBT en esos espacios? Eh...concretamente...en su aspecto físico ¿se pueden identificar? Son chicos y chicas que andan eh... ocultando su identidad de género. ¿Como los has visto tú?

Yo los veo como cualquier adolescente, que al entrar a hablar con ellos, yo les pregunto eh... cuando llega el momento... y a ellos yo los veo un poco incomodos, cuando se les hace la pregunta. Que es como mmm... como bastante así como... como que a veces muchos no lo quieren decir y otros llegan y dicen “no, yo soy homosexual” u otros dicen “no, yo soy bisexual” , pero son chicos que... hay de todo, no podemos decir que eh... hay niños que se ocultan, pero hay niños que les cuesta un poco develarlo. Quizás, probablemente porque sienten que pueden ser cuestionados también por el otro.

El otro en este caso... el profesional que tiene al frente...

El que tiene al frente. Y cuando uno al menos muestra una postura empática, ellos lo conversan y pasó. Pero hay una cierta incomodidad al comienzo, de no saber que probablemente que le van a decir. O cual irá a ser no sé la, la reacción verbal...eh... no verbal, poner una cara. Que generalmente eso ocurre

Claro ¿Eso ocurre con colegas?

Que lo he visto con colegas. Que lo he visto y tuve que conversarlo... en una reunión. Que tenía un colega en específico... que no sé, por ejemplo llegaba un niño y le decía "soy bisexual" y él quedaba así y decía "ah, y a secas" y era, al menos a mí me hacía mucho ruido que el hiciera eso porque, no tiene, o sea no tiene por qué estar cuestionando al otro. Si él me está diciendo eso yo solamente tengo que indicarlo y listo. O este tema del juicio, del juicio de valor, del prejuicio... tuve que hablarlo, por eso lo digo. Éramos cuatro aplicando CLAP y podíamos vernos a todos en el momento como aplicábamos esto y como se hacían las preguntas. Entonces desde ahí vi mucho este tema de que se generaban a los niños incomodidad, a los jóvenes incomodidad por cómo me lo pregunta y por cómo reacciona el otro. Por eso yo creo que es importante cómo yo lo pregunto y cómo yo lo recepciono.

Y en ese sentido... como sientes tú que lo.... ¿Cómo te observas a ti misma recepcionando esa información?

Lo que yo intento, hacer es mostrar una postura, una postura... como si me digiera... es que, en el fondo... lo que me dice para mí no tiene ningún tema, así como que, yo no tengo ninguna restricción con el tema LGTB. Entonces to les digo "ah ya, y esto tú lo has hablado con tus compañeros eh... tu familia lo sabe eh... te genera algún conflicto a ti" si es que lo veo incómodo... entonces desde ahí yo siento que mi postura es más bien neutral.

Ya

Que no tiene un juicio de valor frente a... aquello.

Ya...que ¿Qué significa para ti la neutralidad en psicología, en la psicoterapia?

Eh... en psico...en el fondo es mostrar una postura empática de entender al otro, de ponerme en el lugar del otro y no cuestionarlo. Eso lo trato de...fue una de las cosas que aprendí en clínica y son de las cosas que trato de, de practicar mucho. En el fondo tener cuidado con mis juicios de valor, con la contratransferencia, o sea, si me pasó algo con el usuario no mostrárselo a él, sino que, probablemente revisarlo yo. Pero con ellos tratar de, de ser lo más, lo más eh... como te digo neutral. O sea en el fondo no mostrar ningún juicio de valor frente a ellos y mostrarme empática. O sea, en mostrar que lo que ellos me están diciendo es, en el fondo no tiene ningún cuestionamiento y ver si es que a ellos esto les complica o les genera algún conflicto, como tú me decías, para su identidad. Como generalmente son adolescentes, ellos se están configurado y esto puede ser... un, un problema para ellos por no poder decirlo, que alguien no los escuche.

Y ¿Cómo trataste este tema con los colegas, cuando te tocó conversarlo?

Eh... fue complicado porque era un (inaudible 26:10) y que esto, esto es un tema a parte si... del trabajo. Que eran dos personas que eran los encargados antes de Espacios Amigables, antes de que llegara yo, y eran los típicos que, yo no sé si inventaban las CLAP, pero... todos los años se llegaba a la meta, pero no había ningún caso para derivar, o ningún caso para ser atendido, estaba todo bien. Y entonces con ellos... yo no lo pude hablar directamente con ellos, si no que los tuve que hablar directamente con mi jefe y mi jefe la decisión que tomó, dijo... los sacó de la aplicación de las CLAP y no siguieron yendo, porque le dijo que no era lo más ético posible que esté generando esto cuando podía ser más iatrogénico para los chicos que... que positivo. Así que... así lo abordé y también se lo pedí a ellos... que en fondo tratemos de hacer esta pregunta lo más abierta posible. O sea ¿tiene su orientación sexual definida? Si o no. Es normal que no lo tengan

todavía, todavía son adolescentes. Desde ahí lo abordé. Pero directamente con las personas no puede porque es por un tema de que ellos no hacían su trabajo. Son personas que no estaban haciendo su trabajo, estaban ahí por cosas políticas.

Ya, perfecto, perfecto. Eh...que se da mucho parece en el servicio público ¿no?

Sí

¿Si? Oye, en relación a esto, a esto que decías de, de tu... posicionamiento, de lo que tu sientes que es una, una terapia o una... un servicio “digno”, de calidad. Qué... ¿Cuál es para ti el objetivo de la psicoterapia a un nivel general?

En que la persona... logre visualizarse a él, como el ente principal para poder desarrollar todo su potencial. O sea que ellos logren visualizarse a ellos con su locus de control interno y no poner todo esto como que, “que mi marido o mi hijo” o como esto de externalizar mucho. Sino que para mí el objetivo es que las personas se visualicen a sí mismas como... las responsables de todas sus acciones y de lo que ellos pueden o no pueden cambiar.

Ya, y eso que... ¿Qué beneficio le traería a la persona, ser responsable en el fondo de su...?

Les daría mayor autonomía...

Perfecto

Y una mayor autonomía para enfrentarse y poder ir solucionando sus problemas. Y que vean que ellos tienen sus recursos. Porque en el fondo para mí eso es la psicoterapia que... que nuestro paciente logre visualizar sus recursos de sí mismo, para poder enfrentarse a las diversas situaciones de la vida, o al conflicto que lo tiene ahí...que no lo deja avanzar.

Ya y en el caso de las personas, de los chicos LGBT que te ha tocado ver ¿Cómo se ve esto, esto que estamos hablando? Por ejemplo el tema del agenciamiento, de la responsabilidad porque ellos viven probablemente situaciones... de discriminación o que les atemorizan a develarse

Claro, yo ahí lo que he visto mucho es que estos jóvenes tienen mucho miedo de poder decirlo, porque su contexto, o sea su sistema, sus padres sus madres generalmente tienen... hacen comentarios respecto a, a la comunidad LGTB. Comentarios bastante...discriminadores y ellos se sienten... más reprimidos aun, de poder, eh... develar esto que les está pasando. Entonces desde ahí... por eso que yo veo la psicoterapia como un agente, en que empezar a hacer que las personas empiecen a tomar seguridad de sí mismas y que vayan viendo y tomando las direcciones, en la medida de lo posible, para poder develar esto al sistema familiar ¿no es cierto? Pero sin que esto vaya, esta reacción que vaya a tener la familia... vaya a tener un peso tan fuerte. Sino prepararlos para la reacción de los papás, porque es algo general generacional también. O sea el, el tema de la homosexualidad hace un tiempo atrás estaba en el manual eh... de psiquiatría como, como una desviación de la conducta sexual.

Exacto

Entonces es algo que... yo creo que hoy en el siglo XXI, es algo que, que ha tocado fuerte y hemos tenido que estar ahí como desmitificando. Pero que hay generaciones que todavía tienen esta como... que los ven muchas veces, a la gente homosexual... o de la diversidad sexual como pobrecitos, cierto. Como pobrecitos ellos son así, hay que como... hay varias reacciones, o sea, están los que los detestan...lo homo... ¿cierto? Pero también están los que intentan aceptarlos pero ellos como... “pobrecitos”. No sé si me explico, como que “lo acepto, pero él no es como nosotros” entonces desde ahí... así lo veo un poco. Como ir tratando de empoderar a la persona, pero también hay que ir empoderando al sistema, si, sino esa persona no logra tener una cabida en la sociedad.

Y cómo ¿Qué tiene que ver el psicólogo en esto de empoderar a la sociedad, entre comillas, o de cambiar a la sociedad?

Yo creo que lo que hay que hacer es, es hacer mucha difusión, mucha psicoeducación. Demostrar qué es la diversidad sexual, que ocurre y que ha ocurrido siempre. Porque... de lo contrario cómo cambiamos esas mentes. Cómo podemos hacer esta, este cambio de perspectiva, de sociedad. Porque en el fondo está como un poco dividido, porque esta minoría que era antes la comunidad LGTB, yo creo que a medida que van pasando los años, cada vez, en vez de ser minoría va creciendo bastante más y somos más los que nos sumamos, que los que nos restamos. Pero hay que seguir en esa lucha constante como psicólogos de, demostrarle al otro que somos seres únicos, que no tenemos por qué ser igual al otro, que no tenemos por qué eh... todos ser heterosexuales, todos queremos tener hijos. Yo creo que va un poquito por ahí... el rol del psicólogo.

Ya

Como, seguir mostrando las diferencias individuales de las personas.

Claro y eso implica una toma de posición del psicólogo o psicóloga, cierto. Porque... hay psicólogos y psicólogas que, que no están de acuerdo con la homosexualidad, ni con la diversidad sexual. Lo consideran una patología y desde ahí operan...

Claro

Digamos, desde ahí hacen su quehacer.

Claro

Entonces... y claro, partiendo de la premisa que son personas educadas igual que nosotras emmm... y que uno podría decir que con mayor psicoeducación e información. Eh... luchamos contra las conductas discriminatorias, por ejemplo. Pero en esos casos parece que hay algo más, ¿no?

Sí...

Porque esas personas tienen la información, pero aun así sostienen practicas homonegativas o discriminatorias

Claro

¿Cómo, cómo te lo explicas tú eso por ejemplo? ¿Qué sentido te hace?

Mmm... sí, igual me cuestiono eso, porque hay psicólogos que de hecho hacen terapia para, eh... “reparar” de cierta manera esta desviación sexual, que vendría a ser la homosexualidad. Yo creo que ahí hay que...más allá de psicoeducar, hay que... seguir en la misma posición que uno estaba, o sea de aceptar esto, y de avalarlo, respaldarlo y también entender que en todo movimiento va a haber una oposición, que se va a oponer a algo, digamos. Como que, que los homosexuales que las diversidades sexual salga a las calles... yo creo que va un poquito también en esta transformación social, de que hay, gente que tiene que ir de a poquito como decantando creo yo, que es algo que hay que ir dejando de a poquito. Así como ha ido creciendo este grupo de la diversidad sexual... así mismo va a ir decantando este otro tipo de persona. Yo creo que no hay que salirse de la posición de educar y todo lo demás... pero tampoco tenemos que irnos al lado de comenzar una guerra con estas personas. Si no que dejarlos son sus pensamientos son sus creencias. Pero... a la vez igual uno tener bastante clara su, su posición.

Claro ya. Y, y si yo te preguntara y ¿Cuál es tu posición? Así como entrevista de la tele así en la calle ¿Cuál es tu posición respecto de la diversidad sexual?

Que en el fondo todos somos únicos, y diferentes, y que tenemos el derecho de vivir nuestra sexualidad como, como nosotros nos... la...la sintamos correcta. O sea, que en el fondo, es lo que nosotros sentimos, lo que nosotros debemos hacer, no podemos, eh... ser actores de los que el resto de me dice. Que en el

fondo ahí me estaría enfermando emocionalmente. Estaría, estaría yendo en contra de lo que dice mi identidad, de lo que yo quiero.

Que es seguramente lo que le pasa a muchos de los chicos que... de los “chiques” que atiendes.

Claro

Y en ese sentido, pensando en el proceso. Te acuerdas que dejamos ahí pendientes los procesos terapéuticos, emmm... ¿Por qué crees tú que esos “chiques” no adhirieron a las terapias?

Algunos, yo creo que no adhieren por... un tema de que no, no conocen muy bien el rol del psicólogo emmm... otros probablemente, quizás ahí el vínculo terapéutico no se estableció muy bien en las sesiones, yo creo que uno siempre tiene que ser bastante autocrítico... Y otros porque quizás no tuvieron el apoyo... muchos me ha pasado que me han escrito por el Instagram, “psicóloga, no voy a poder ir a la consulta porque mi mamá no me quiere acompañar” ¿ya? O sea muchas veces hay resistencia de los mismos padres de estos jóvenes a, a que no vayan al psicólogo, porque se pueda descubrir dinámicas disfuncionales que están existiendo, en sus, en sus hogares. Eso, eso yo creo que ha, ha pasado mucho en, en consulta, hemos llamado y me dicen “sí, sí” en la entrevista en el colegio me dicen que sí que iban a ir y todo. Llega el momento de llamar y preguntar... y decirle “su hora es para el jueves “eh...sabe que yo no sé cómo decirle a mi mamá esto” hay mucho temor, a lo que va a decir el papá y cómo abordar esto.

Claro, temor a sentarse con ellos y conversar el tema

Eso ha sido uno... eso que yo creo que ha sido uno de los tres puntos. O sea que no se conoce muy bien el tema del rol del psicólogo, quizás muchas veces no se ha hecho bien el vínculo terapéutico para que estos jóvenes vayan a la terapia. Y tercero porque, los padres tampoco están ahí, los niños... los jóvenes no sienten la confianza con sus padres para poder hacerlo

Ya

Para poder decirles eso.

¿Hay como percepciones diferentes de... de lo que hace un psicólogo, una psicóloga no?

Sí

Eh... ¿Cuál sientes tu qué, qué debería ser el rol? Cuando tú dices no entienden, no entienden cuál es el rol del psicólogo ¿Cuál es? ¿Qué es eso que deberían entender ellos?

Que el psicólogo es, alguien que ayuda a trabajar procesos personales, ciertos conflictos personales. Muchos van y preguntan, que me ha pasado hartito y... en la universidad a mí me parecía cómico cuando los profesores lo comentaban, pero es como “¿y usted no me va a dar ningún medicamento? Ah ya...” y no sé “¿usted no es la “nutri”?”, y tienden a confundir al psicólogo con otros profesionales, o que no le va a dar medicamento. Pero en el fondo, y esto también del motivo de consulta, muchas veces cuesta mucho plantearlo porque... ellos llegan y esperan que sean como la consulta con el médico, que ya, usted tiene un dolor en la espalda tiene que tomar esto y esto otro y listo. Entonces eso cuesta bastante, por eso yo siempre hablo de que, lo que yo me ha tocado vivir es, explicar mucho lo que hace el psicólogo eh... mostrar bastante el tema de la salud mental, educar que por ejemplo, que a veces los dolores corporales no solo se deben a temas médicos, sino también emocionales. Pero eso he visto hartito, que el posicionamiento del rol del psicólogo la gente no lo conoce muy a fondo.

Ya, no sabe qué hacemos ni para qué estamos. Si no somos médicos y nos vamos a dar remedios, cuál es el punto.

O me llegan con los exámenes, que le diga si tiene la glicemia... pero son como... ese tipo de actitudes las que he visto

**¿Y tú que tratas de transmitirle? Para que estamos, para que estamos ahí.
¿Por qué ellos tienen que venir a vernos?**

Yo creo que en el fondo... claro, yo le digo si ellos tienen algún tipo de conflicto, algún tema emocional, algo que ellos no sepan resolver, alguna inquietud. Que me lo comenten. Que de ahí lo podemos resolver, y ahí es como "aaah". Y ahí me comienzan a contar muchas veces no sé, "es que lo que pasa que mi mamá... ella eh... pelea mucho con mi papá, y yo me estoy siento mal" pero hay que, hay que mostrarles, no sé si tan teórico si no que decirles que es algo más emocional, alguna pena. Pero hay que mostrárselo muy a nivel básico para que ellos logren captar lo que hacemos los psicólogos.

Ya, y cuando el malestar psicológico, de los chicos, tiene que ver con emmm... con el tema de su diversidad sexual ¿para qué estamos ahí los psicólogos crees tú?

Eh... ellos ahí, desde mi experiencia con la comunidad LGTB, puedo decir que los jóvenes lo tienen bastante claro, cual es el rol del psicólogo. Yo ahí lo que les intento decir es que ellos reconozcan cuál es su... orientación sexual, es parte de definir cuál va a ser mi identidad socialmente. Ellos eh... lo entienden yo creo de nosotros. El rol que nosotros tenemos frente a eso, es que estos chicos puedan ser chicos eh... como decirlo... emmm... autorealizados. O sea lo que ellos quieren lo pueden hacer, lo que ellos desean lo puedan hacer. Yo creo que eso es bien fundamental en el psicólogo, o sea reforzar su seguridad, trabajar en los recursos de ellos, ver que ellos puedan, en el fondo que sean los primeros quienes acepten que ellos son parte de la comunidad LGTB, para que después puedan decirlo socialmente sin ningún temor, sin ningún resquemor. Porque eso pasa mucho, que, como me han hablado mucho de la homosexualidad como algo malo, como algo negativo, generalmente se da mucho el tema del tabú. Ellos se lo cuestionan, y como ellos se están configurando eh... a nivel personal su identidad, también no saben si es correcto lo que están sintiendo. Entonces yo creo que desde ahí el rol de nosotros como psicólogos es que ellos... reafirmen y que lo

que ellos quieren...lo que ellos sienten es, y que no... tiene por qué ser lo que me dice mi papá, lo que me dice mi mamá. Este tema del deber ser, que se da mucho en la adolescencia, que yo debería ser médico, yo debería ser heterosexual. Yo creo que eso es bien importante en el tema del rol del psicólogo en la comunidad LGTB.

Perfecto emmm... y en los procesos que si la persona ha adherido y que continúan ¿qué crees que... ha funcionado ahí?

Eh...yo creo que lo que funciona mucho y no está escrito por que sí en las en las guías clínicas ni nada es esta postura empática y la escucha activa, de mostrar que uno no los va juzgar. De que uno entiende lo que ellos sienten y lo que les pasa. Ha hecho que los procesos sean fructíferos

Ya

Y desde ahí con ellos decir: “ya ahora tu coméntame qué es lo que a ti te gustaría específicamente trabajar”. Por ejemplo, con una adolescente me toco que ella quería... en el fondo que no sabía qué hacer. Ella tenía ideación suicida... y ella no sabía cómo abordar el tema de que ella era lesbiana porque su familia, siempre hacia burla y sus amigas, ella nunca las había sentido tan cercanas a la comunidad LGTB. Entonces no se sentía en confianza para decir “yo soy esto”. Entonces uno de los primeros pasos que dimos ahí, fue que ella tomara confianza, o sea trabajamos mucho lo que es la autoestima en primera instancia. Que ella creyera lo que ella era, que lo que ella sentía era, que no debía ser cambiado. Para ir dando ciertos pasos en lo que era el proceso, cierto. (Inentendible 44:38) pasara a decírselo sus amigos, después pasara a decírselo a sus papás. Ahora por ejemplo estamos trabajando el tema que se da mucho en la familia... por eso yo te decía que igual trabajo con el tema sistémico... que siento que hay ciertas dinámicas o hay ciertos temas que no se conversan, que son los que se les llama tabú. Entonces, ahora ella está pasando por eso. O sea, ella logró develar el tema de que ella era lesbiana, pero su familia reaccionó mal, le dice que ella es muy

chica, que como ella va a saber que le gustan las niñas si no tiene edad para eso todavía, ya. Y desde que ella lo dijo sus papás le dijeron que la iban a ayudar. Ella lo pensó bien y se dio cuenta que le dijeron... le iban... le dijeron: te vamos a ayudar, pero te vamos ayudar porque te queremos cambiar a heterosexual. Entonces en eso estamos trabajando. Y desde ese entonces el tema pasó a ser tabú, y eso se repite harto. Que los niños lo develan y el tema en la casa no se habla no se toca. Esta como en un armario ahí guardado y no, no lo vamos a conversar porque no, genera mucho desequilibrio (ininteligible 45:45~ 45:46)

Es como este gran elefante blanco que hay en la pieza, no? nadie quiere mencionarlo.

Sí

Y es una, una contradicción en los roles esperados en los psicólogos, no?.

Claro

Tal vez el chico o chica lo que espera es que... es una cosa muy diferente a lo que esperan los papás.

Claro

Y ahí... en que queda una como profesional, ¿no? Cómo resuelves esa... lo que espera la familia versus lo que espera el paciente.

El chico

El chico o la chica

Claro

¿Cómo lo, cómo sientes que resuelves esa, esa...?

Eso, yo ahí estoy en esos procesos de ir descubriendo como uno resuelve eso cuando me quedo como con dos partes... con el sistema dividido con eso. Y yo creo que ahí... ahí hay que entrar a hacer terapia familiar y hablar con la familia y

entrar a intervenir. Mostar que este niño es así, que esto ha pasado por que él lo siente, o sea el no lo está inventando. Y empezar a, a intervenir con la familia que esto no siga siendo... este tabú que ellos quieren ver, y que ahí trabajando el tema de aceptación. Que yo creo que igual requiere de varias sesiones probablemente, porque uno no puede llegar y cambiar una persona, probablemente no la va a cambiar. Pero sí que entienda que su hijo es así y no, no va a cambiar porque ellos quieren que cambie.

Cuando estás con alguna... con alguno de estos chicos o con su familia ¿te sientes tú como la experta ahí, en esa relación?

Mmm...no sé si me sienta la experta. Pero si...eh... siento que puedo mediar.

Ya

Eso sí siento, no sé si me sienta así que yo aquí soy la que soluciona.... si no que ellos hablen también, lo que ellos sienten y por qué lo sienten.

Como facilitadora más bien

Sí, facilitadora. Que en el fondo, ya, pero porque yo eh... tengo tanta eh... como tanto resentimiento con la comunidad LGTB, qué me pasa con eso. Por, por qué yo no tolero que mi hijo sea eh...homosexual.

Ya

Yo creo que desde ahí es mi posición, más allá de ser como la experta.

Ya

Si no más bien de mediadora, de facilitadora.

Ya, porque así como de repente, tener que psicoeducar implica recurrir a ciertos conocimientos

Claro

Cierta eh...sistematización de conocimientos científicos eh.... Que tienen tal vez un estatus de verdad

Claro

“Aquí la psicóloga me dijo que esto es normal” por ejemplo

Claro, Claro... y ellos igual lo hacen sentir. Algunos se enojan y otros como que “no si la psicóloga me lo dijo” lo he visto y ahí yo me quedo en el rol de experto igual. Claro.

Ya. ¿Qué ha sido en tu propia experiencia lo más difícil, o las cosas difíciles de trabajar con, con chicos LGBT?

Lo difícil yo creo que es eso... el, el enfrentar a la familia. El lograr que este chico, cierto, que viene porque se siente eh... reprimido, que no, no puede decir eh...cuál es su orientación sexual. Uno estar ahí en ese rol, si yo profesionalmente yo te puedo ayudar, tengo los conocimientos. Pero tener esta barrera, que es la familia, que probablemente va a poner mucha resistencia a esto. Y como nos ha... me ha pasado en procesos que ahora, por ejemplo, estamos con el tema se habló, pero quedó en tabú. Y es...está en ese lugar en el que nadie quiere hablar y como lo tomo y lo saco de ahí y lo vuelvo a poner sobre la mesa.

Claro

Yo creo que eso es lo que se me ha hecho difícil en este proceso.

¿Qué otras cosas? por ejemplo con los chicos mismos eh... algún caso o algún... que haya sido difícil en particular

Mmm...otra cosa. Mmm...

Como en términos de vínculos, por ejemplo, con alguno de los chicos o chicas. Eh...algún, entre comillas “paciente difícil”

Yo creo que de momento no he tenido pacientes difíciles.

Ya

Probablemente los que iban a ser pacientes difíciles no llegaron.

Ya

Porque son estos que no adhirieron, lo que yo digo quizás el vínculo no fue bueno, porque igual eh... la población adolescente igual es una población que no es de fácil vínculo. Porque ellos igual se sienten totalmente, a veces desafiados por el otro, cuestionados. Entonces están con mucha resistencia a como me relaciono con esta persona, que probablemente puede venir cierto, en este rol de experto. Pero si, así en terapia no siento que haya tenido un paciente difícil aún, en la psicoterapia.

Ya. ¿Sientes que puedes...que tienes facilidad para establecer un buen vínculo con los chicos?

Sí con los adolescentes sí. Me ha pasado que tengo una buena recepción con los adolescentes.

Y según entiendo lo que tú me dices, para que ese vínculo se facilite es fundamental

Eh... mostrar un...

Que tu posicionamiento de...como de aceptación de empatía, como tú le dices.

Sí

Que te lleva a cuidar los gestos, lo no verbal.

Sí, yo creo que eso es fundamental mostrar una actitud de aceptación incondicional de... del usuario que tengo en frente. Sea lo que sea que me esté diciendo, que me esté contando. Aunque... no me ha tocado ninguna experiencia que me diga algo extraño, pero no sé, relatos e alguna experiencia eh... siempre yo trato de tener muy consciente del tema de los gestos no verbales, de mirarlos,

de escucharlos, de no interrumpir cuando ellos están hablando. Porque muchas veces pasa que los adolescentes solo quieren hablar. Entonces igual ahí yo trato de... está la necesidad del paciente y está la necesidad del psicólogo, a veces de tener que hacer cumplir ciertos tiempos para hacer la terapia, cierto. Que tengo que hacer nueve sesiones y en nueve sesiones tengo que cumplir esto. Pero a veces uno igual puede decir "bueno pero él quiere hablar" y eso trato de regular, que igual dan ciertas sesiones para cada paciente. Eso trato yo de...

Sí, ahí vienen más constricciones más institucionales.

Sí

¿Dirías que hay diferencias entre hacer psicoterapia con consultantes heterosexuales que con constantes o usuarios o chicos LGBT? ¿Hay alguna diferencia para ti? En términos de tu propio operar

No

De la práctica clínica

(Negación) Mmm...

Ninguna

No, no veo ninguna diferencia. Por qué me puede llegar un adolescente con problemas de violencia intrafamiliar, por ejemplo y creo que va a ser igual de complicado que con el tema de violencia interfamiliar que hablar de la orientación sexual del niño. En el fondo pone al otro en una posición similar, dado que en uno estamos hablando de violencia física o psicológica.

Y de qué manera se suele tocar el tema, ¿es un tema de consulta por sí mismo? como "yo vengo por problemas con mi identidad sexual, o de aceptación, que la familia no acepta, etc." o va saliendo a propósito de otra cosa.

Mmm...Va un poco de las dos. Yo primero tengo que aplicar una ficha que pesquise varios factores de riesgo de la salud, ese es como... ese es el primer filtro ¿ya? Y ahí por ejemplo aparece orientación sexual. Y me ha pasado que chicos me lo dicen al tiro "yo soy homosexual" otros que me han preferido no decir. Pero no sé, hemos llegado a la parte de bienestar socioemocional y aparece ideación suicida o aparece que su ánimo está constantemente triste, irritable, desesperanzado. Y por eso yo le sugiero que asistan a consultas conmigo porque su salud mental no está muy bien, podríamos ver que está pasando, etcétera, etcétera. Y me ha pasado, en ese proceso, de que cuando yo llego a la sesión, se ha develado que en sesión... en la entrevista no me dijeron su orientación porque tenían miedo, pero ahora sí me lo quiere decir. Entonces si yo me considero por ejemplo, homosexual y por eso en el fondo me siento tan triste y por eso en el fondo me siento desesperanzada. Eso ha sido por un lado, como también me pasado que en la misma sesión me dicen "no yo soy homosexual, pero no sé si eso estará bien si yo necesito ir al psicólogo, no sé cómo lo irá a tomar mi familia". Se me ha dado de las dos formas. Que no lo han dicho en la previa entrevista... o me lo han dicho en la consulta, ya en la primera sesión. O me lo han dicho previo para poder ser atendido

Claro, o sea la ficha eh...configura como una puerta de entrada ¿no?

Sí

Que siempre es a través de algún problema pero que está definido por la institución que hace la ficha.

Sí

Y parece que cuando tocan el tema de la orientación sexual es súper estructurado ¿o no?

Sí

Porque, existe por ejemplo...

Porque dice orientación sexual y lo primero que aparece es heterosexual

Ya

De partida.

Ya

Entonces, después dice homosexual, después dice bisexual y abajo dice “no reconoce”. Si pudiera mostrar la ficha, la mostraría. Pero es muy pauteado. Y yo lo que... encuentro que está mal que diga lo primero heterosexual, homosexual. Entonces yo le digo “¿tienes tu orientación sexual definida?” Sí o no. Algunos me dicen “si...” y yo digo “hacia que está definida”, “no me gustan las mujeres” ah ya, o sea “tú eres heterosexual”, a ya...“ah no... yo no sé”, “ya pero te gustan los hombres te gustan las mujeres, no tienes claro” así yo trato de abordarlo. Por que como está planteado en la ficha, encuentro que no es correcto porque es muy... la primera opción me la da como heterosexual, o sea esa debería ser la que yo debería marcar

Esa sensación te queda, al que esté primero

Esa sensación me queda a mí. Sí

Como...

Además la ficha tiene cuadritos amarillos, que son las preguntas que más frecuente responden los usuarios y el de heterosexual esta con cuadrito amarillo, no así los otros.

Perfecto, como acá hay una tendencia a marcar cual es la mayoría.

Sí

Y esto de no lo tiene definido, ¿cómo se maneja? Eh...Para ti es como “a ok no lo tiene definido” o... de repente te dé una incomodidad tratar de indagar más eh... “pero piénsalo bien”.

Yo observo mucho cómo, cómo lo responde él, yo observo mucho lo no verbal si para él dice “no lo tengo definido” y lo veo un poco, como que esto le complica y le pregunto... como que indago un poco más en eso. Pero si él me dice no sé y no muestra mucha presión, sigo. Como que evaluó muy bien a la persona, cómo es su reacción.

Sí, porque debe ser complicado que la ficha te obliga a categorizar a una persona

Sí

Que de repente no sabe cómo auto categorizarse o no quiere hacerlo, entonces es complicado, me imagino.

Claro por qué en el fondo entienden que la persona si o si tiene que tener una orientación sexual. Eso es lo primero que ellos dan por firmado ahí

Claro, definida tal vez, una orientación definida.

Sí

Tal vez ahí te está diciendo, uno debería definirse

Claro

Y si no es como medio raro, problemático, se...

Sí

Empieza un territorio en el cual tal vez como profesional no sabes cómo... uno no sabe cómo transitar ahí, o no hay ni siquiera un cuadrado para ponerlo en la ficha

Claro

Ya. Y por último, quería preguntarte respecto de tu percepción... respecto de tus propios recursos habilidades y respecto de la psicoterapia con población LGBT. Por ejemplo, conocimientos técnicos, te ha tocado estudiar del tema

eh... para abordar los casos con tus pacientes, te ha tocado de repente supervisarte. ¿Cómo te manejas en eso? Como has logrado enfrentar este desafío

Claro

Si es que ha sido un desafío, porque puede que no lo haya sido.

Lo que he hecho es cuando tuve que elaborar el taller que hice para... sexualidad afectividad y género. Ahí me tocó abordar... estudiar bastante, leer y en el fondo lo que más ocupó son los recursos clínicos.

Ya

Que en el fondo es, todavía no me he sentido en esa encrucijada de estudiar cómo abordar gente LGBT. Como te decía, no noto ninguna diferencia con un paciente u otro

Ya

Para mí son pacientes son usuarios lo cuales vienen con alguna necesidad, con algún malestar psicológico y veo como les puedo ayudar

Ya

Y desde ahí mis recursos son principalmente la escucha, son el ver cómo puedo elaborar de mejor manera un... un plan de tratamiento ¿ya? Eh...Con ellos converso muy bien lo que ellos les gustaría trabajar. O sea en el fondo, lo que yo trato que sea algo muy entre... algo co-elaborado, no algo que yo lo imponga y lo escriba, y esto vamos a hacer (ininteligible 1:01:31), sino que, lo dejo muy abierto a lo que ellos también me van manifestando.

Ya perfecto

De ahí trato de manejar mis recursos. Estudiar, hace poco me llegó... hay una fundación que se llama Acuarela, que no sé si la ubicas.

Ya... no, no la ubicaba

Y es una fundación que tiene que ver con la diversidad sexual y hace cursos. Y ahí hay muchos recursos teóricos para entender a la comunidad LGBT, como ser parte...eh... por ahí me he movido he ido buscando ciertos recursos

¿Y te ha servido, te ha sido útil?

Sí, me ha sido útil

Sentir que en el fondo el recurso teórico, estudiar un poquito para ese tipo de población ¿suma o, o tal vez no tanto?

Si, suma. Por qué sirve para cómo elaborar algo, no sé... algún material para la comunidad. Eh...de qué manera lo planteo, porque por ejemplo en el tema de la diversidad sexual, hay muchos términos nuevos que uno tiene que entender de cómo se va dando la orientación sexual. Yo creo que eso si hay que estudiarlo, porque es muy nuevo y es una variedad muy grande de términos y creo que ahí sí o sí hay que estudiar y profundizar y... Por qué uno no puede estar así frente a pacientes sin manejar lo que está pasando, lo que me está diciendo

Yo creo que con esto... yo siento que he recabado harta...hartos antecedentes de tu sentir, de tu posicionamiento... y de cómo abordan tu práctica clínica emmm... cotidianamente. De formación con que eh... ¿cuál ha sido el enfoque con el que formaron en la universidad? ¿Te formaste?

Yo tome eh... terapia sistémica

Ya

Porque pasé por todas las áreas de clínica... pero al final tenía que escoger algún tipo de clínica.

Claro

Veíamos la teoría de todas las áreas, pero nos formábamos en un tipo de clínica. Que era... Yo escogí enfoque sistémico.

Y eso... ¿sientes que como psicólogos sistémicos tenemos que tener un posicionamiento con respecto de la psicoterapia en diversidad sexual... o es algo que deberíamos tener todos como personas? ¿En qué le aprieta el zapato a la sistémica sientes tú, en este tema de la diversidad sexual?

Yo creo que sí. Que los sistémicos sí deberían tener un posicionamiento, entendiendo que esto puede generar una dinámica disfuncional en un sistema. Es lo... es lo que pasa, entonces yo creo que sí hay que tener un posicionamiento de cómo lo abordo. Yo ahí estaría hablando demás, yo no he metido a buscar sobre la terapia sistémica si tiene ciertos insumos teóricos para bordar pacientes LGTB ¿ya? Pero yo sí creo que debería tener un posicionamiento frente a la...a esto

Ya. O sea como que en cierto punto no, no basta... solamente emmm... la formación clínica... ¿si no que tal vez hay que ir un paso más allá? siento... ¿si te leo bien?

Claro

Como más en el sentido teórico, de ¿cuáles son las especificaciones, para trabajar con esta población?

Es que yo creo que al haber dado el paso de que se dé el tema que... de que la comunidad LGTB esté creciendo y como antes estaba tan oculto, probablemente no había tanta investigación respecto a este tema, respecto a los motivos de consulta, respecto a los malestares psicológicos que puede ocurrir, porque yo todavía no lo he visto... igual yo todavía no le he visto...igual tengo muy poca experiencia...todavía, no sé... que hayan matrimonios por ejemplo y que el esposo o la esposa nunca haya... eh... haya develado que ella era homosexual o él era homosexual y se haya casado porque tenía que hacerlo. Como desde la clínica yo trato eso. Por eso yo creo que hay, hay que tener un posicionamiento... en el fondo de elaborar insumos para la terapia. Como yo puedo brindar una mejor terapia. Más allá de que como clínicos ya tenemos una formación, pero creo que

este tema eh... requiere mucha más profundización y más investigación. Por qué eh... como era una minoría, probablemente no se estudiaba tanto.

Claro y el tener eh... esos insumos técnicos, tú dices que permiten eh... como las orientaciones clínicas. No es la palabra homogenizar... si no que socializar un modus operandi

Eso sí

Una forma de operar

Sí, que en fondo la gente maneje cómo, cómo... funcionan estas dinámicas

Porque parece que ahora depende de cada terapeuta de como resuelva eso

Claro, eso siento yo que no hay mucho insumo todavía

De parte de nuestro enfoque al menos

Claro

¿Ya? Emmm... Te agradezco muchísimo, no sé si de repente, te queda algún comentario o algo que te gustaría clarificar...

Creo que no, no. Me sentí muy a gusto en la entrevista

Ah que bueno. Esa era la idea para que pueda fluir mejor eh... y en el fondo describir de la forma más honesta posible lo que uno hace, que lo hace desde la mejor de las intenciones y de la ética personal. Porque eso es lo que pude notar, que tú has desarrollado una ética personal en este tema.

Claro, de mucho respeto hacia el otro

Principalmente. Eso sería MT. Te pasaste un millón muchas gracias.

Entrevista 2

Ya, ahí estamos grabando. Emmm... Ya N. Partamos por... descríbeme un poco el dispositivo de salud en el cual trabajas. Tu lugar de trabajo. En

términos de cuál es el perfil de usuario emmm... en términos socioeconómicos, culturales, cómo es el territorio en que está inserto. Para partir ¿ya?

Ya súper. Bueno el COSAM de Puente Alto se encuentra en el centro de la comuna ¿ya?, nosotros, no sé exactamente cuánto es el número de la población, pero eh... ve una gran parte de, de la población de Puente Alto. Porque de hecho las derivaciones que se hacen son desde distintos consultorios ¿ah? Si bien hasta el año pasado había un, una población importante que se concentraba en el COSAM, se abrieron otras entidades como el CRS ¿ya? y emmm... que ese asumió también trabajo en salud mental. Y se han ido repartiendo... eh... algunos de los casos, o sea una parte de la población. Porque de hecho ellos asumieron... se focalizaron en algunos consultorios y dejaron otros consultorios para el COSAM Celf. El COSAM dónde nosotros trabajamos se llama Celf, que es un Centro de Intervención Familiar ¿ya?

Ya

Emmm... inicialmente eh... había un énfasis con el trabajo con familia, que si bien no se ha perdido, sí hoy día podemos ver que la población y la atención que se hace es bien diversa. No solo familias, como fue la intención y el foco en un momento ¿ya? La población... vemos de todo ¿ya? De todo que quiere decir, desde trastornos de personalidad, trastornos del ánimo eh... bipolaridad ¿ya? Hasta el año pasado no veíamos ni psicosis emmm... ni TEA que ahora tiene otro nombre...

Ya

Pero en el fondo son los chicos, niños y niñas con, con algún tema en... Trastorno del, trastorno del desarrollo, si no me equivoco. Pero que hoy día de hecho se suponía que este año íbamos a partir con ese tipo de usuarios. Esto quedó paralizado por lo que ha estado ocurriendo.

Por la contingencia, claro

Pero como te decía en general la población vemos de todo, no existen sub grupos, a diferencia de otros COSAM. Que existe la unidad de violencia, por ejemplo o la unidad de emmm... eh...de pacientes con consumo... acá no existen unidades, si no que todos los profesionales, terapeutas vemos de todo ¿ya? Eh...si hay cierta preferencia o mayor manejo en el trabajo con población adulta, se plantea y en general te derivan más casos de población adulta o la que sea de tu preferencia, pero eso no significa que solo vas a ver adultos...eh...

Ya

Por ejemplo un psicoterapeuta, en este caso yo, que tengo la mención adulto... veo niños de igual forma ¿ya?

Ya

Y emmm... que más te puedo comentar. En términos del nivel emmm... o sea las características de la población...emmm. Podríamos decir que es diversa... hay harta población en contextos de vulneración, harta pobreza, harta exclusión eh... también hay pacientes, familias que tienen mayor acceso emmm... hay un... hay una disposición en general, hay harta motivación del paciente para asistir al COSAM, porque no tiene este carácter de obligatoriedad ¿ya? Si bien nosotros vemos también casos derivados de tribunales existe un corte, en respecto a que si la familia, en general son familias las que son derivadas, no tienen como motivación, adherencia... el caso se egresa ¿ya? Así que por lo mismo en general existe como buena adherencia. Pero también hay otros casos que... eh... emmm...hay... o sea, que no son, no son tantos, según mi percepción. Que tiene relación con el... la dependencia a los fármacos ¿ya?

Ya

En el fondo también se trabaja eso pero... eso como en términos generales de la población, no sé si se me va algo...

Ya

Te lo comento si es así

Emmm... ¿Cuál sientes tú que es el objetivo declarado de la institución? En términos de su rol hacia la población

Mmm... yo creo que tiene relación con... emmm... ser un espacio, primero donde las personas tengan acceso. A poder eh... trabajar eh... o ser apoyados... en lo que concierne a la salud mental desde una... un énfasis clínico, con una mirada más clínica. Eh... y que eh... de un tiempo a esta parte se ha abierto más a una mirada más comunitaria. De que haya mayor articulación de que haya... eh, de alguna manera el COSAM no sea solo una unidad clínica, si no que favorezca también el que los pacientes lo vean como una entidad parte de todo lo que es la comunidad ¿ya? Por lo mismo, de hecho se hizo énfasis por los talleres, incluso los talleres que se estaban realizando, es como acompañar también a las personas para que puedan trabajar los distintos problemas, dificultades, malestares que presenten. Donde mi sensación también hasta hora, ha sido que los pacientes, las personas, las familias eh... son involucrados también de una manera bien activa. Que se hagan cargo también de sus procesos...

Ya

Es un poco eso yo siento eh... es la mirada que tiene el CelF y mi mirada en realidad...

Ya. Y en relación a... a aquello que la institución pretende hacer o servir ¿Cuál es el... sientes tu que es tu rol ahí? Demandado por la institución.

Mmm... emmm... en términos como de, del rol, estaba pensando, es interesante esa pregunta. Emmm... siento que he emmm... se me sitúa desde un rol... desde mi rol como terapeuta ¿cierto? De facilitar esto que ellos pretenden como centro. La apertura que tengan las personas...respecto a favorecer la salud mental. Nosotros que llevemos eso en lo concreto, en el espacio terapéutico ¿no? Tener un rol activo en el... y rol activo me refiero en el, en el... tener desde la acogida ¿cierto? Del paciente... el, el poder eh... construir un motivo de consulta de

acuerdo también a las necesidades, a las dificultades que esté también presentando la persona emmm.... Yo creo que el poder construir un proceso terapéutico en donde estemos tanto la persona que acude al centro, pero que también nosotros como equipo, porque en este caso yo como terapeuta, pero también trabajan, que eso olvidé comentarte, psiquiatras y terapeutas ocupacionales y además médicos o médicas, en el fondo el rol es poder entregar un servicio de calidad ¿ya? Cercano y eh... también bien coordinado, o sea se intenta, por lo menos que sea como bien coordinado con el otro, con todo el equipo para que nos vean, para que seamos un equipo, con las familias o con los y las pacientes

Ya, emmm... y eso se ajusta o eh... ¿Se relaciona, o más bien coincide con el rol que tu sientes que debes tener como psicóloga, como psicóloga sistémica en ese espacio?

Yo siento...

Por ejemplo, hay colegas que se sienten muy presionados por cumplir metas, por ejemplo, en el sistema público. Y sienten que lo que le importa a la institución es cumplir la meta, más que proveer un servicio de calidad

Ya

Entonces eso a veces es disonante con lo que el psicólogo o psicóloga pretende hacer en ese espacio, o quisieran hacer

Claro, claro. Mira con los años que llevo yo siento que ha sido emmm.... ha ido cambiando mi percepción eh... hasta el año pasado eh... siento que, efectivamente se centraba como en el... trabajo que uno pudiese hacer con las familias, con las personas ¿ya? De hecho nunca sentí eh... la... exigencia de... la... como la producción ¿ya? De la gestión, que en otros trabajos sí viví emmm.... de hecho emmm... desde la dirección... nosotros hacemos todas las semanas supervisiones, hacíamos, antes de esto. Supervisiones que son los días jueves y que son dos horas en donde nos reuníamos y hablábamos de los casos que nos

tiene más como, que están complejos ¿ya? Y esa instancia para mí, significaba también, como tributar a esto, a hacer bien la pega, ver cuáles eran nuestras, como limitaciones... de hecho recuerdo así, una sensación general que, que sentía era como “ya, puede ser que este paciente esté complejo, que, que esta situación sea grave y cuento con un equipo para apoyar, para apoyarme” ¿ya? Eso, lo que estoy mencionando, si bien toma...a veces era mucho más como...estaba mucho más presente, otras veces no tanto, general era como la tónica... que era como una característica usual. No obstante, el año pasado a raíz de emmm... yo no manejo mucho en términos como técnicos, pero hubo una especie de resolución eh... desde el Ministerio de Salud ¿ya? Como ciertas indicaciones, y en el fondo emmm... llegaron, llegó distintas observaciones a todos los COSAM y una de las observaciones que recibió el COSAM, es que la producción, a diferencia de otros espacios no estaba siendo la misma ¿ya? Y términos como de cantidad no era lo mismo que otros, que otros COSAM ¿ya? Y eso significó un cambio, una planificación total. De hecho yo atendía a, a todos mis pacientes 1 hora, 1 hora cada, cada 15 días y los casos que eran más complejos los podía citar, incluso hacer un sobrecupo a la semana siguiente

Ya

¿Ya? A diferencia quizás de alguien que hace un sobre cupo y era como, en un mes más, nosotros teníamos la posibilidad de hacerlo... y en el fondo con co-terapia, con terapeuta...eh... hacer las co-terapia con otros terapeuta y todo y... ocurre esta situación que te comentaba... y en vez de ver una hora, ahora son 45 minutos. Para terapia individual. Para la familia, que dura 1 hora, porque es imposible y de hecho eso fue como una presión que en el fondo... una familia no la podemos ver 5 personas en 45 minutos... e incluso, además también hay atenciones que duran media hora. Cosa que antes no existía

Ya

Y eso, y ese cambio, por lo menos a mí en lo personal me generó esta sensación de “chuta” cómo que hubo, hubo un cambio de reglas o una, un cambio también de la manera como se está operando en este centro, empecé a sentir esto de que hay que producir más... eh... de hecho si bien los talleres se implementan para abrirse a un énfasis más comunitario, también fue, estuvo... hubo influencia de esto de gestionar, de producir más y en un taller, o sea en un taller grupal asisten 5 personas, o sea son 5 personas más que van a estar asistiendo en dos horas ¿entiendes? Eh...Y ahí yo he sentido una... una como una presión ¿ya? Emmm... de hecho fue difícil... porque esto partió en enero. Adecuarse un poco a los tiempos eh... pensado que los pacientes estaban un poco acostumbrados a que tú los vieras una hora... el, el hacer un poquito de encuadre... esta pregunta también, de donde viene esto de, de aclarar que no pasa por uno o por una y que no pasa, incluso ni siquiera por la dirección si no que son estas directrices que van más allá ¿ah? Y en el fondo toca lidiar un poco... como te decía si bien al comienzo fue un poco más difícil, eso ha ido evolucionando, porque uno igual se acostumbra ¿ya? Y como que adecua las atenciones eh... pero en el fondo... está esto presente de producir más, de, de... aprovechar, o sea con un paciente si lo podemos ver más de una vez pero en menos tiempo... ¿me entiendes? Como eso yo siento que...

Y eso... eso sientes que eh... tensionó la sensación de como tú quieres hacer la pega en general. De cómo tú quieres eh... hacer tu práctica en ese espacio

Claro, claro, porque ahí se cruza la calidad también, de la atención. De qué manera yo con menos tiempo emmm... asumiendo que voy a tener más carga laboral, porque antes veía, no se eh... 5 pacientes, ahora veo el doble en el mismo tiempo...eh... como baja también eh... o sea, insisto cuando pienso en calidad, en, en, en la energía que uno pone un caso. En la relación, en la... en el acompañar eh...

Sí

Yo creo que eso igual tensionó incluso como la... o sea para, para mí siempre ha sido muy significativo trabajar en salud ¿ya? Y es salud pública, como está metida e incluso esta situación tensionó la posibilidad de “chuta” tendré que permanecer aquí... mi continuidad, por así decirlo

Ya

En el COSAM

Ya, eso es eh... muy interesante lo que dices porque mencionas que se afectó mucho la calidad y, y eso... alude a un tema ético tuyo. De cómo tú, tú desde tu visión personal sientes que debes, que debe ser la psicoterapia. Para que sirve, etcétera. Y si tú ahora pudieras decirme en tus palabras ¿Cuál es para ti tu rol como psicóloga en ese espacio? Porque la institución quieres tu facilites, que maximices que hagas distintas cosas...que coordines. Pero qué es lo... lo que tú consideras que estás invitada...llamada a hacer en ese lugar.

Emmm... yo siento que es poder acompañar ¿ya? a las personas que acuden buscando una ayuda eh...y este acompañar, a propósito de lo que hablabas en términos éticos, es acompañar disponiendo de las herramientas con que yo cuento ¿no? Para poder entregar eh... ajustado a las necesidades que tienen, a su historia...En ese sentido se cruza con distintas variables que tiene que ver con emmm...

En su historia, claro

Como te decía, primero acompañamiento eh... el respeto a hacia el otro, hacia la otra, en esto de que lo que te traen es todo su historia ¿me entiendes? La historia del sufrimiento, más allá de que sea algo puntal o no emmm...que estaba pensando, a propósito de lo que se ha visto como tensionado eh... siento que cuando uno está con un paciente eh... uno... en este caso yo, una trata de poner todo lo posible, lo que está en ese momento ¿ya? Para poder acompañar, trabajar las ideas, reflexionar eh... abrir conversaciones ¿ya? Si bien quizás ahí vuelvo a la

pregunta, nuevamente, anterior de que eh... siento que no se ha perdido del todo pero sí, es mucho más como... sobre... o sea hay una mayor exigencia ¿ya? En donde yo siento que a ratos puedo estar, puedo estar ahí como “ya” estar, estar para el otro. Pero hay días que son mucho más intensos, son mucho más, porque me toca ver... no sé, muchas personas que pueden estar en crisis el mismo día. Y pienso en el último paciente, en el paciente número 9 ¿ya? Y bajo qué condiciones yo estoy. Porque por más presente que yo quiera estar para esa persona, me pesa el día... me, me pesa el, el impacto que tuvo estar para otros. Yo creo que eso es lo que se ve tensionado y que para mí la psicoterapia es estar, estar en la medida de lo que yo pueda estar en mi rol como profesional, desde mis saberes, es la relación con ese otro en ese momento

Ya, y ahí tiene que ver con el vínculo que se construye también

Con el vínculo, sí, sí. O sea yo creo que eso se cruza dentro de las variables que te comentaba ¿cierto? de que es acompañar, del respeto, está la construcción de un vínculo eh...yo siento que no, no hay psicoterapia si no hay una relación ¿cierto? Eh... de sentir que cuento, o sea... de tener una paciente frente a mí, en el fondo, pero también que esa paciente sienta que cuenta conmigo, que cuenta para poder trabajar lo que le genera sufrimiento, para poder trabajar eso que la trae a terapia.

Claro. Emmm... y pasando, abordando el tema de la diversidad y...

Ya

Y emmm... ¿Cómo crees tú que es la relación de la institución en la que trabajas con las, entre comillas “minorías”? ya sea étnicas, sexuales, etcétera

Claro mmm... yo siento que hay una apertura, más allá que sea un servicio público y tenga la obligación, por así decirlo de... o más que la obligación, el acceso universal. Hay una apertura en el sentido de que cuando ha habido ingresos de casos eh... en donde se supervisa ¿ya? Y uno de los factores o

características es... no sé, una persona que viene de un contexto rural, una persona no sé, Mapuche. Me acuerdo tiempo atrás que se trabajaba, se trabajó un caso... o la misma atención en relación a diversidad sexual... como que hay una apertura en términos de considerar, esa dimensión ¿ya? Eh... y en el fondo también tratar de, de revisar, Ya sea desde la literatura eh... pero también desde, tener la apertura de decir “a ya okey tú que has visto más casos cuéntame un poquito como la has hecho con esto” ¿no? Yo, yo siento por un lado, eso que hay una apertura como en términos generales, pero sí en concreto, como, en el cotidiano ¿ya? Emmm... me ha pasado que eh... en esto de... de que el lenguaje, como sabemos los psicólogos que construye realidad... muchas veces se reproducen en el lenguaje emmm... cuestiones que tiene que ver... que yo creo que están en el filo de la discriminación. Como de... se normalizan ciertos tipos de violencia o discriminación, incluso, incluso sin darse cuenta ¿ya? Estaba pensando de un caso que tiempo atrás se supervisó y que fue un caso bien complejo, porque era eh... una... chica que tenía muchos conflictos con su mamá ¿ya? La mamá no aceptaba que ella fuera eh... lesbiana ¿ya? Luego esto pasa de... eh... la chica señala que no es lesbiana, sino que ella no se siente mujer, sino que es hombre. Y eso, y eso se estaba supervisando, por ejemplo. Y en un momento, a mí me llama la atención que la chica la sigan... porque estaba todo en proceso de transición en realidad y luego la chica es chico, y solicita que le llamen, no me acuerdo el nombre, pensemos el nombre “Juanito” ¿ya?

Ya

Y en el fondo como las terapeutas plantean eso, “por favor llamémoslo, cuando supervisemos el caso, “Juanito”. Ya no como la chica...” y... ah y lo que te iba a comentar es que me llama la atención de que pese a la indicación que hacen los terapeutas que estaban... las terapeutas emmm... de, de no sé personas que tienen cierto grado de poder, que son no sé, los psiquiatras, seguían definiendo, definiéndola como chica y no como chico ¿ya? Entonces cuando te digo, si bien hay una apertura, que... que vemos estos casos... que, que en el fondo no se dice

“no, no a esto... porque esto no, no tenemos esta unidad” en el fondo nunca pasa eso. Pero sí en lo concreto, en algunas acciones siento que... no se condice mucho con esa apertura

Ya

Con esa mirada como más respetuosa que se dice tener ¿ya?

Y eso ¿Qué efectos o que consecuencias crees tú que pueda tener en el proceso de esa familia?

Mmm....

El cómo se supervisa por ejemplo, concretamente

Ya. Mira, es que ahí yo encuentro que... en, en ese caso, por ejemplo en particular eh... estoy pensando si, si esto ocurre a nivel que, que ya no pasa... porque lo yo te comentaba, eso ocurría en la supervisión. Si bien son personas que forman parte del equipo general, no son quienes están interviniendo de manera directa y ahora me preguntaba, que hubiese pasado si esa posición la hubiese... eh... tenido quienes trabajan de manera directa. Y en definitiva, estoy pensando que esas, que esas conductas, que para mí igual fueron un poco... o sea violentas y de hecho yo planteé... o sea yo levanté la mano y dije “se llama de este nombre” y me hicieron así como “a pfff, da lo mismo” una cosa así. Por eso me acuerdo del caso. Y ahora pensaba, a propósito de tu pregunta, si eso ocurriese... o sea fuera él o la terapeuta ¿ya? Efectivamente, o sea tiene un impacto, a mi juicio un impacto que es negativo, que es cómo riesgoso. Negativo en el sentido de que, o sea si a mí me pasaron cosas siendo una persona ajena al caso. Me imagino a ese chico ¿ya? Emmm... que en el fondo, ya hay una mamá que en el fondo no me reconoce, que no me acepta, llegan estas personas que me están tratando de ayudar ¿cierto? También desconociendo, anulando esa... o sea mi identidad, mi forma de ser, mi existencia, porque en el fondo es eso ¿ya? Por eso siento que además de ser negativo es riesgoso, porque eso tiene efectos ¿ya? Tiene efectos en la salud mental ¿cierto? Eh... yo creo que lo peor que nos

puede pasar como ser humano es que te nieguen tu existencia y que el sistema de salud que, donde tú acudes reproduzca esa misma lógica que te ha hecho tanto daño eh... es terrible

Sí. Y ¿Las terapeutas como reaccionaron a ese tipo de supervisión? O a ese gesto

Mira yo no recuerdo, no recuerdo así precisamente emmm... porque siento que a mí, me molestó harto y me quedé con esa como sensación. Después la comenté con una colega que somos más cercanas, y que efectivamente coincidíamos en esto de que sí, eso no, no es adecuado y me acuerdo que terminamos reflexionando un poco como con la lógica, con la lógica de poder. O sea hay personas que están en un lugar eh... distinto, o sea y en el COSAM también ocurre eso de las distintas entidades, me refiero, psiquiatras, desde la dirección, psiquiatra. Los psicólogos estamos debajo de los psiquiatras y se nos ha dicho ¿me entiendes? Como que no es algo... una sensación por el tema que significa el recurso del psiquiatra. Y cuando te digo esto de analizar un poco las relaciones de poder, o sea... no es tan grave que lo diga el psiquiatra, porque en el fondo él tiene la, la... se puede equivocar también ¿me entiendes? Yo creo que se vio así ¿ya?

Ya

Emmm... de las terapeutas te mentiría. No, no recuerdo cual fue, cual exactamente fue... pero sí que tenían una mirada distinta, eso sí

Ya

No vi que fuese algo como que fue recepcionado de buena forma... creo yo porque... ellas reconocían este, este cambio. O sea también, por algo ellas plantearon esto de que se nombrara al paciente con su nombre, nombre social "cachai"?

Claro ¿Y en ese sentido hay ciertos canales por donde aparece la persona LGBT por ejemplo, guías clínicas, volantes, folletos? O ¿aparece la persona sexualmente diversa en el dispositivo o...?

Yo creo que ahora último, con el caso que te comente con otros casos también... eh... ha aparecido como esto como de “oye donde podemos buscar esta información” emmm... algo así como protocolizado, como algo formal donde uno pueda decir “chuta” yo entiendo que existen ciertas... emmm... no sé si guías clínicas, porque hace poco estuve buscando. Te lo voy a comentar, también por qué, porque de hecho tengo un caso, hace poquito eh... me planteó que no se sentía, que no sentía a gusto con su cuerpo y fue como “¡guau! Dónde busco” como de dónde busco información. Pero siento que el COSAM en sí... como que no hay algo tan establecido, más allá de la supervisión en dónde uno da cuenta de... en el fondo te dice “oh yo tengo material sobre esto...”, “yo vi en algún momento un caso...” eh... sobre todo cuando la temática que... mmm... sí, yo creo que cuando la temática que, que se está poniendo en juego, respecto al motivo de consulta... tiene que ver con ello... que no ha pasado con casos que en el fondo no es tema, o sea ¿me entiendes? No es... si bien es un factor que está ahí como el hecho de ser no sé, con quien vives no sé... pero cuando eso, el, el conflicto está puesto ahí... yo siento que emmm... pese a que lo conversemos, no hay algo como formal... no hay algo que, por lo menos a mi gusto, a mi juicio. Igual debiese, debiese ser importante. Sobre todo en el momento en que estamos, porque yo siento emmm...la verdad que yo no tengo mucha, mucha información eh... de a poco he ido como acercándome a estas temáticas. Desde el género, desde, desde los estudios de género, del feminismo eh... pero eh... el cruzar salud mental ¿ya? El hecho de ir visibilizando también eh... todas las temáticas sociales de la diversidad sexual, me parece que ha sido como súper reciente, en el tiempo. Como que lleva pocos años... no sé...como que... no sé si hace 15 años se estaba hablando de esto ¿me entiendes? Y por lo mismo al tiempo, al ser reciente siento que es necesario que existan canales como más... claros, canales

como ahí más establecidos. Quizás en 10 años más, no necesitemos canales porque esto va a estar mucho más interiorizado, como internalizado ¿me entiendes? En este momento sí, yo creo que es algo que falta, que no está presente

Ya. Pese que el fenómeno de personas LGBT o de la diversidad sexual en general, consultando en los servicios públicos es muy antiguo.

Sí. Sí claro, claro... pero yo creo que, o sea, quizás en esto de... cuando uno piensa, "chuta", por lo menos yo en los casos que he visto. Solo un caso ahora es, es tema para él... que ya... está haciendo como la transición a hombre "trans" eh... es, es tema en sentido que, temía que los papás no lo aceptaran, "cachai". Pero... antes no sé, vi personas... no sé mujeres lesbianas eh... y que no era tema, porque estaba muy resuelto ¿me entiendes? Como que no... o sea efectivamente algunos en, en el COSAM en la terapia... en los procesos terapéuticos, sí, lo ve, lo ve, pero no está puesto como un problema ¿no? Como, como un conflicto. Yo esto no quiero decir que, que tengamos que verlo como problema, no. Sino como considerar esa dimensión, como una dimensión que hay que analizar. Que no es lo mismo ser una mujer eh... "hétero" ¿cierto? eh... a una mujer "trans". Que son... también hay desafíos distintos en una sociedad, como la nuestra. Una... una sociedad donde aún hay harta discriminación. No lo mismo ser, creo yo, una mujer lesbiana con hartos accesos a una mujer lesbiana pobre en un contexto vulnerable ¿cierto? de exclusión, dónde te pueden hasta... te matan, te violan por ser lesbiana

Claro

Yo creo que eso no ha sido como muy visibilizado, de verdad.

Ya

Y me pasa, sabes porque, quizás... porque la otra vez hablaba con una colega, de que si bien yo te decía que el COSAM emmm... en algún momento partió con toda esta mirada familiar, porque de hecho los orígenes son bien sistémicos ¿ya?

En un momento se pensó cómo un espacio de terapeutas familiares sistémicos ¿ya? Pero eso no... ahora es una diversidad de terapeutas... y en algún momento también, con esta conversación que te decía yo... yo veo que los sistémicos emmm... cuando... en privado por lo menos, cuando... yo empecé a formarme en esta línea emmm... como que todo era, o sea, habían aspectos tan, tan generales ¿"cachai"? como que ya, tenemos que analizar los sistemas observantes, los sistemas observados una cuestión bien teórica ¿no? En algún momento... hablamos de... los distintos tipos de familia, pero esta mirada más eh... más crítica ¿ya? De eh... como que siempre se deja de... "no estos son temas para el electivo" ¿me entiendes? como temas... aparte. Yo siento que ahora, ha habido mayor también... o quizás yo he tenido mayor también acceso a espacios donde se cruza lo sistémico, también con terapia con población asociada a la diversidad sexual ¿me entiendes?

Y ¿Cuál, cuál es tu visión acerca de cómo el enfoque sistémico aborda la temática de la diversidad sexual? Desde tu experiencia

Mira yo creo que eh... o sea me cuesta hablar por el enfoque sistémico en general ¿ya? Lo que te dije recién era como mi apreciación referente a lo que fue mi formación ¿ya? Cómo... yo siento que... además fuera del enfoque que uno... presenta eh... uno es persona ¿cierto? Tiene ciertas miradas referente a los fenómenos sociales, como a la realidad misma eh... creo que eh... la mirada que pueda tener lo sistémico, o sea... me cuesta como señalar así "esta es la mirada", no puedo hablar de esos sino desde mi ¿me entiendes? Y creo que eh... lo que yo eh... he podido eh... trabajar ¿ya? Si bien el bagaje sistémico me permite llevar a cabo procesos terapéuticos reflexivos, críticos ¿me entiendes? Que aportan en el proceso en sí mismo, me parece que hay variables que tienen que ver con una dimensión más bien personal ¿ya? De respeto a un otro, de respeto a la diversidad, desde mi experiencia también personal eh... mi hermana es lesbiana y para mí nunca fue un tema ¿me entiendes? Como siempre fue algo muy cercano ¿no? Me sorprendía eh... me, me pasaba quizás lo... lo opuesto a esto de porque

la gente se molesta con esto. Y por eso mismo siento que me permitió, y me ha permitido eh... en los procesos también acompañar a, a pacientes que están por ejemplo, con ese tema. De poder empatizar “chuta” como eh... que pasa con las familias. Pero como te decía, siento que eh... en el fondo eh... el enfoque se ve cruzado por tú posición, personal, política, humana ¿me entiendes? Eh... cuáles son tus eh... criterios éticos, tus emmm... lo que concibes como derechos o no eh... en esto cierto que eh... por lo menos hace, no sé, hace 10 años yo no me... yo me, me hubiese hecho la pregunta “uy los derechos sexuales existen, forman parte de los derechos humanos” ¿me entiendes? Ahora es algo como... “¡no los derechos sexuales son, están!” Como que es algo que existe como eh... y creo que eso tiene que ver con mí... como mi vida, como yo he sido, como Natalia, con mi proceso... y que de una u otra manera sí, la formación sistémica siento que puede eh... sintonizar coincidir ¿ya? Pero quizás no, no... no sé cómo la sistémica se ha planteado en general. Porque sí de las revisiones que he hecho en algún momento... harta crítica a la sistémica ¿“cachai”?... como por desconocerlo. Pero también no me atrevería a decir que... porque lo que he revisado la sistémica es así en general

Ya

Mi sensación si es que le falta, que hay cosas que no ve.

O sea para ti tú, tú posicionamiento personal eh... tiene una...un efecto y una influencia en como operas como terapeuta frente a pacientes de la diversidad sexual. Eso entiendo ¿sí?

Sí, sí influye, influye yo creo que más que mi enfoque

Ya

Sistémico

Y ¿Cómo sientes tú que se posiciona ahí los conocimientos teóricos, técnicos respecto de la diversidad sexual? Es algo que, que es necesario tener o que no es tan relevante...

Emmm... mira en, en términos de lo que es la terapia, yo creo eh... el hacer terapia, esto de... no sé desde lo más básico, construir un motivo de consulta, la escucha activa, el respetar ¿cierto? la historia que trae el otro emmm... o la otra. Yo creo que esos son aspectos que son generales, que son transversales a cualquier persona ¿me entiendes? Pero si creo que frente a un paciente, no sé el mismo caso que te había comentado eh... yo ahora hace poco una, una paciente me planteo que ella no estaba a gusto con su cuerpo, que ella no se sentía mujer ¿ya? Emmm... y yo sentí... o sea esto tengo que averiguar tengo que buscar información, porque no suelo ver pacientes con esa temática ¿me entiendes? Y ya desde aspectos teóricos como el, lo que involucra no se el proceso de transición ¿ya? Si bien hay aspecto que yo efectivamente eh... esperaba encontrar que, que muchas veces la familia como lo aborda, el duelo ¿cierto? de lo que fui, de lo que voy a ser ahora. Yo creo que igual hay una responsabilidad de uno de, de frente a un tema que desconoces ¿ya? Por más terapeuta que seas, contenido que yo no tenía idea y que fui revisando ¿me entiendes? Leyendo “ah mira pasa esto con el cuerpo” el cambio desde el mismo hecho del tratamiento hormonal emmm... que yo siento que son aspectos que están fuera del proceso, como del enfoque sistémico por así decirlo, como de la técnica de la teoría. Es súper necesario una como terapeuta... se haga cargo de eso. O sea que si desconoces, insisto buscar información. Pero lo que respecta... lo que me brinda eh... el enfoque sistémico en, en los procesos y particularmente con la población que tú me preguntabas yo siento que son aspectos transversales... hay, hay aspectos que tiene que ver con el respeto, con el, con la responsabilidad que uno tiene hacia el otro emmm... con el brindar un espacio lo más como... o sea confiable ¿me entiendes? Eso yo creo que para mí son transversales

Eh... me mencionaste que en algunos procesos no es tema ¿verdad? La orientación sexual o la identidad de género ¿cierto? es como, casi como un dato demográfico más, como ¿dónde vive o qué edad tiene por ejemplo?

O sea no sé si tanto... no sé si tan no tema porque uno siempre considera ¿ya? O sea, pero no va a pasar a ser el centro, a eso voy. Si la persona no tiene tema con eso, no voy a entrar como, a como perturbar o...

O a forzarlo

Dime como logras tú... sí, sí

Ya. Pero hay veces sí está puesto como el problema.

Sí

Desde el consultante ¿cierto? Desde... desde el usuario o la usuaria emmm... Cuando eso ha pasado, en tu experiencia ¿cómo lo has resuelto?

Mmm...

No, más bien, mi pregunta es eh... ¿Hacia dónde se perfila la terapia? ¿Qué es lo que buscas lograr en ese proceso? Cuando sí es tema

Cuando sí es tema, yo creo que es... o sea se me vienen varios conceptos, estaba pensando en aceptar eh... pensando que no es una patología, no es algo anormal ¿ya? Y por más que la sociedad y la cultura ¿cierto? te haga pensar lo distinto como eh... no negar eso, no negar, insisto como tu existencia. Yo creo que la terapia debería perfilarse a eso, al reconocimiento de sí ¿ya?

Perfecto

Y también en función a eso, yo creo que el... proceso y que es lo que yo, de alguna manera igual insto, como eh... de qué manera la cultura incide ¿me entiendes? Como que el contexto siempre está, como que por más... quizás esto suena muy cliché pero me, me hace mucho sentido de que... eh... mucho del sufrimiento tiene que ver con algo como cultural eh... con estos discursos ¿cierto?

dominantes en los que uno creció, que desde que naciste están ahí eh... acompañando

Exacto

Y, y de qué manera la terapia puede favorecer una mirada distinta ¿ya? Una mirada que en el fondo es como “chuta” eh... puedo pensar distinto, puedo hacer mi vida como yo quiera hacerla. Y en ese sentido yo creo que hay una... hay un componente de liberación importante. O sea de... de poder una como terapeuta, como trabajar a favor de eso ¿no cierto? y que no se transforme, la psicoterapia eh... en una lógica más, en un dispositivo más de reproducción cultural ¿me entiendes?

Ya, perfecto. ¿Tienes recuerdos de algún proceso con un consultante LGBT que haya sido difícil para ti? Por el tema de la diversidad sexual en particular

Mmm... por ese tema puntual no. No, en general no. Porque la mayoría de los pacientes están como más resueltos ¿ya? en ese sentido

Ya

La paciente que para mí es un desafío es la que te comentaba ahora ¿ya? ahora último... porque además me comenta esta situación en un contexto distinto de psicoterapia, que es bajo seguimiento, llamado por teléfono ¿ya? de hecho si bien... eh... esta persona nos vimos en enero, febrero, algo me había dicho, me había planteado que quería conversar conmigo, que ella, en ese momento no se sentía a gusto con su cuerpo... pero era algo como bien general ¿ya? y habíamos quedado como de profundizarlo, cuando la he llamado por teléfono eh... me ha planteado esto de que eh... y todo. O sea, esto... como que mira “esta semana... me di cuenta que yo no estaba a gusto en mi cuerpo” eh... “yo me siento hombre y siempre ha sido así. Todos mis otros temas que te comenté” eh... “esta angustia que yo tenía, tenía que ver con esto finalmente” eh... y más que sea como difícil que eh... porque yo siento que hay aspectos que son tan comunes, que tienen que ver con el dolor, por la falta de reconocimiento ¿me entiendes? Por la

angustia de sentir que... qué voy a hacer conmigo, si voy a recibir apoyo o no, de no estar solo en este camino, emmm... yo creo que hay otros aspectos, que efectivamente, yo puedo tomar el computador, que es un poco lo que hice y ahí buscar información ¿no? Eh... te comentaba también de este curso... diplomado que voy a hacer y ya... y como también algo de información me han entregado, ya revisar en términos generales. Lo que me a problema, emmm... es que emmm... no es lo mismo el espacio eh... físico o, o hacer una... como psicoterapia ya sea eh... online como, con la... mirándonos ¿ya? a lo que he podido hacer hasta (inaudible 46:59~ 47:05) Partir viendo cómo hacerlo para buscar la, la mejor manera de... de compensar por así decirlo, que no nos veamos de manera presencial eh... o sea física eh...pero que nos permita poder trabajar... sobretodo en el periodo en que él se encuentra. Que está en todo el periodo como en el proceso de “me saqué esto que hago” ¿me entiendes? Como... y además se suma a el caso emmm... factores como eh... intentos suicidad previos, como ideación suicida, intermitente. Esos elementos... que, que se suman a la problemática, es lo que me a problema más, que el contenido en sí mismo... no sé si, si me doy a entender.

Mmm... entonces las dificultades, entre comillas “dificultades” o ciertas tensiones por así decirlo... ¿Tenían que ver con un tema más teórico-técnico? Como la necesidad de ir a buscar cierta información ¿Sí?

Pero además...O sea, pero además es de qué manera, cuando te decía, el hecho de no poder hablar, o sea hablar por teléfono para mi es distinto que poder tener... tenerla ahí, tenerla ahí. En estos momentos de poder, de que la eh... no sé, ver sus gestos, su presencia corporal ¿Me entiendes? Como... porque yo solo ahora lo estoy escuchando. Pero eso eh... efectivamente eh... frente a tu pregunta, estaba pensando eh... es una dificultad, ahora yo pensaba, mi duda es, tendrá que... ¿por el caso particular por la temática que se me hace más difícil? Porque todos los casos, a todo esto, los estoy llamando por teléfono en estos momentos, no he hecho ninguna video llamada, o efectivamente tendrá que ver la temática en

cuestión y ahí pensaba, puede serlo, porque yo no soy una terapeuta experta en estas temáticas, por así decirlo, experta que, que haya visto más pacientes, muchos más pacientes eh... y que, y yo siento que... para acompañar también uno tiene que informarse. Como que no puedo dar por hecho, o sea “cuéntame tú de que se trata esto” ¿me entiendes? Si bien la persona, en este caso eh... el paciente me ha comentado eh... yo siento que hay un deber mío también de informarme. De profundizar en aspectos también, más bien teóricos en torno al fenómeno

Ya. Y ¿en que ayudaría la presencia física en este caso o en esta temática?

En esta temática emmm... puntal... así precisamente no sé. Pero mira, cuando yo pienso en la, en el espacio terapéutico emmm... en estos momentos de no poder ver eh... cuál es su respuesta emotiva frente a eso, más allá que, sí su tono de voz me puede decir algo eh... pero siento que me falta todo ese otro aspecto que es la presencia física ¿Ya? ¿Me entiendes? Como que eso se puede conversar ya sea atendándolo físicamente o en una video llamada, pero siento que falta eso. Y al faltarme eso... eh... influye, eh... hay algo que quizás se me puede estar escapando ¿me entiendes? Y puede ser que no esté en directa relación a la temática en cuestión, pero sí interfiere el proceso, terapéutico

Ya, ya

Tampoco yo le he preguntado... de hecho pensé en la última vez que hablé, como se sentía él, que tan cómodo con el contacto telefónico ¿ya? De ser así, de lo que me diga en el fondo buscar también una alternativa eh... y obviamente yo viendo el tema de, de la cámara de contar con un dispositivo, el poder cambiarlo si él me dice que no se siente tan cómodo, ah... no sé si respondo tu pregunta ¿sí?

Sí, estaba pensando en cómo eh... te relacionabas con esta persona emmm... en términos de identidad de género. Y si había o ha habido alguna vez alguna dificultad para ti de recordarte eh... constantemente,

mentalmente “estoy frente a un hombre, estoy frente a un hombre, ya no frente a una mujer”

Ya. Emmm... mira como al comienzo, o sea cuando él me plantea esta situación... que fue como te decía la primera, la última sesión en el COSAM eh... fue bien ambiguo en la información. No, no, de hecho eh... no tuve esa... como dificultad para nada porque eh... lo que si traté de ser... eh... cuidadosa, como, de respetar un poco. Porque en ese momento cuando yo lo vi, él me decía que se sentía más bien como no binario ¿me entiendes? No, no se identificaba. Pero después cuando llamé por teléfono y pregunté por su nombre ¿ya? y me contestó primero su mamá, y le dice... y escucho que le dice “llama a tu hermano” y ahí yo pensé “¡saz!, ah...o sea ya no le dicen hermana, ya no le dicen hija” ¿me entiendes? Y, y ahí empecé a hablar con, con él. O sea primero le dije su nombre eh... el nombre de la paciente, y él me dice “ya, ya no me llamo así, me puse...ya tengo un nombre social” me dice que se llama eh... con su, con su nombre “x”. Y ahí tuve que hacer el ejercicio, así como decir ya eh... hacer, hacerme la idea y le planteé que efectivamente, quizás habían momentos en que le pudiese decir “ella” que yo también estaba en una fase también, de adaptarme, pero siento que no me resultó tan, tan difícil porque eh... las conversaciones que he tenido con él... han sido centradas en esto ¿me entiendes? Como que él mismo me va ayudando a recordar, me va diciendo, como “trátame como yo quiero”, y teniendo la escucha y estar como ahí bien presente no ha sido difícil, no ha sido difícil para nada

Tú has ido de la mano con eso

Sí, pero es porque también él ha sido muy eh... muy activo con su círculo cercano eh... imagínate eh... plantearle a la mamá al papá los sentó yo quiero que me llamen así emmm.... Como que ha buscado también la instancia. Es súper admirable eh... el “cabro” porque en el fondo es como eh... él entiende que es un proceso para él, difícil, pero también lo puede ser para su familia ¿no? Eh... o sea yo igual ahí estoy tratando que no se sobre exija más de lo que pueda... en el sentido que no puede estar como... o sea está bien...o sea su proceso en sí, ya

involucra harta energía ¿ya? Eh... los, los papás también, es un proceso que no pasa necesariamente porque él los ayude ¿me entiendes? Porque ellos también tienen que vivir un proceso.

Ya, entonces... como para cerrar, así bien en general y solo desde tú experiencia personal

Ya

¿Tú crees que hay una diferencia entre hacer psicoterapia con personas de la diversidad sexual y con personas que no lo son, o no se identifican como tal?

Emmm... mira es como difícil la pregunta emmm.... porque una diferencia, cuando tú dices en general siento que hay aspectos que no, que son eh... pensando en el aparato, o sea en el dispositivo terapéutico ¿ya? hay aspectos que son transversales ¿me entiendes? Si o si, lo que te hablaba de, de, del establecimiento del vínculo, el trabajar ¿cierto? el motivo de consulta eh... la expectativa. Ya eso, transversal ¿ya? Pero si siento que hay diferencia eh... como las hay en cada persona... partir con eso ¿ya? como en cada persona que llega con su historia con su vida ¿ya? Emmm... en el caso de la población ¿cierto? eh... asociada a la diversidad sexual, me pasa que hay aspectos que sí, que si hay que considerar. Como también cuando trabajo cuando trabajo eh... emmm... con pacientes con otras características ¿me entiendes? Como que si son elementos que se consideran eh... y se van a considerar más o menos en el motivo de consulta ¿ya? dependiendo de él... la dificultad que estén presentando ¿no?, ¿ya? Pero sí siento como que en dos niveles. Por un lado no debiese haber mayor diferencia referente a lo que es el dispositivo en sí ¿ya? Pero sí eh... a mi juicio hay una distinción, tanto en el trabajo con esta población como otras poblaciones. O sea cuando uno trabaja con distintos... con una población con una etnia distinta ¿me entiendes? Como, como siento que no hay que desconocer eso ¿ah? Eh...

Y esas distinciones ¿de qué tipo son? Para la población LGBT

Yo creo de cómo ha vivido ¿ya? eh... ya sea su orientación sexual, su... cómo ha vivido... cuando digo cómo ha vivido en términos, en qué contexto ha crecido ¿ah? Estoy pensando a propósito de eh... cuando he visto eh... no sé pacientes homosexuales, siempre trato de tantear cómo vive su sexualidad ¿cachai? como eh...cuando... porque no es lo mismo vivirlo de una manera libre ¿cierto? a vivirlo de una manera oprimida. Más allá que no sea el motivo de consulta ¿me entiendes? Porque puede ser que no sea un tema “yo no vengo por eso” pero cuando me empiezan a hablar de sus relaciones eso aparece, constantemente ¿me entiendes? Eh... emmm... por ahí. Se me olvidó si la pregunta, cual, cual me...

No, está bien...

Qué distinciones...

Claro, sí

A propósito de las distinciones. Yo creo que ese tipo de distinciones, de qué manera se vive. Si se vive de la manera como yo quiero... como ellos quieren vivirla, o sea eh... de una manera en que está siendo sana para ellos como para ellas ¿no? Que si bien eso, de alguna manera, es lo mismo que uno ve en otros pacientes, pero en este caso bajo ese contenido ¿no? Bajo, bajo ese contexto.

Si. Es como que... partieras de premisa que si bien la persona no lo pone como un problema, dada nuestra cultura, pareciera ser que no da lo mismo

Si eso

Entonces eso podría tener un impacto, y ese impacto en la persona, en términos de...de opresión, te nace explorarlo

Si

¿Si?

O sea siento que es necesario explorarlo... como...

Ya

Si. Como ya esto, esto no es tema, no es tema y veo que no es tema ¿me entiendes? Como eh... porque no puedo como desapegarme el contexto donde estamos. Más encima Chile ¿me entiendes? Como... donde si bien ha habido también... algunos avances en términos legales, siento que está como súper reciente, como hay harta desinformación incluso por parte de profesionales que trabajamos en el área eh... eh... vivimos en una sociedad, a mi juicio bien discriminadora, en varios aspectos, así como que... por lo mismo me preocupo de tantear qué tal, que tal va o si es un tema resuelto o no. Pero también respetando, que ahí viene eh... en el fondo tampoco puedo obligar e imponer un motivo, o sea estoy pensando en el caso de personas que efectivamente uno ve que hay una dificultad eh... en, en eh... y que esa persona no quiere trabajar eso. Yo creo que ahí también hay un dilema y mi juicio es como ya, priorizo lo que en el fondo esta persona quiere trabajar, pero no está presente ¿me entiendes? Eso está, yo no voy a visibilizarlo y cuando quieras lo conversamos, pero eso está.

Y te nace mostrárselo también

De todas formas, de todas formas. Si veo que está siendo un problema, sobre todo eso... yo creo que ese es el criterio. Si yo veo que lo está pasando mal, si eso de alguna manera tensa ¿ya? aspectos que son importantes, lo muestro. Si no... bueno cada uno vive de la mejor manera que es posible

Ya perfecto. Oye muchas, muchísimas gracias N. Yo creo que ahí estamos por ahora, voy a pausar la grabación, voy a....

Espero que te haya servido...

Entrevista 3

J mira eh... partamos por algunos datos tuyos, no te pregunté tu edad por ejemplo.

Ya, yo tengo 38 años

Ya... y eh... ¿cuál es el cargo que ocupas en COSAM?

Soy psicólogo del Programa Ambulatorio Infanto-Adolescente de Tratamiento en Consumo de Drogas de Jóvenes, que se llama ENUD y también trabajo como psicólogo en el programa de trastornos emocionales de adultos

Ya

Y también soy asesor técnico-administrativo del COSAM

Emmm... cuéntame un poquito de las características de ambos programas

El programa.... de Trastornos Emocionales Adultos, es un programa que atiende personas con trastornos del ánimo, en dos diagnósticos supuestamente, Trastorno de Ansiedad y Trastorno Bipolar. De hombres, mujeres eh... o de cierta manera está definido así, no agrega un tercer género posible, entre 18 y 90 años, lo que sea...

Perfecto

Es más de cierta manera joven podría tener 18 años. Y el programa ambulatorio básico Infanto-Adolescente, que trata consumo en jóvenes, eh... Es un programa que recibe también, hombres o mujeres, tampoco tiene una tercera diferenciación. Eh... entre... podría ser un niño de 8 a 9 años hasta alguien de 19. Ese es el límite de edad ambulatorio, en este caso infanto pre-adolescente

¿Cuáles son los objetivos declarados de ambos programas?

El... el... como se llama... El del programa ambulatorio básico es la extinción del consumo, en este caso. Y pero obviamente, nosotros trabajamos acá desde la

reducción del daño. Eso es como principalmente nuestro objetivo como más básico, y por el cual también podemos abordar obviamente a muchos jóvenes que tienen naturalizado el consumo en general de Marihuana, cosas que son difíciles también de abordar muchas veces ahí y obviamente que sin guía de uno

Ya

Y en el caso de... como se llama... de trastornos emocionales la estabilización y remisión sintomática de la gente que está en este caso con patología, en este caso trastorno de ansiedad, o la estabilización en el caso de las personas que tienen trastorno bipolar.

Ya, perfecto. Emmm... ¿Cómo es el perfil, tu dirías, del usuario del COSAM? En términos socioeconómicos, culturales, etc.

Eh... yo ahí te contaba el otro día que yo sentía que había habido una variación del perfil. Quizás antes, cuando yo llegue acá, había usuarios que eran mucho más deprivados por así decirlo. Sentía... igualmente estaba como mucho más instalada la idea de gueto, también. Pero siento que actualmente han ido pasado algunas cosas que han hecho, que permiten que las personas también como que hayan ampliado un poquito su visión. Eh... no tengo muy claro cuáles son esos factores culturales también como que han impactado tanto. No sé si la tecnología, la verdad hay quizás cosas que yo tampoco logro ver. Pero siento que ha aumentado, también un poquito ese capital cultural y permite también, obviamente, abordar de otra forma también a las personas. En general no son personas que tengan como situaciones de demasiada eh... dificultad así como, en cuanto a las cosas básicas, por así decirlo. Como que les falte el trabajo, el alimento, etc. Obviamente si hay posibilidades de que eso ocurra, pero de un 100% debe ser como entre un 10 y un 20 no mas

Ya, perfecto. Y en cuanto a...

Entonces en algunas personas (ininteligible04:46-04:47) afortunadamente

Y en cuanto a... problemáticas, cuales son las, los malestares más comunes eh... que llegan

Los malestares más comunes tienen que ver final... generalmente como con la ansiedad que genera el sistema social, principalmente. Como con el... ser productivos, con obviamente también en los cambios de etapa que están experimentado muchos, en general los adolescentes obviamente por una cuestión evolutiva esperada. Pero los adultos en general también, como por toda la transformación, también, que implica en ellos el hecho de repente de que su hijo crezca ¿me entiendes? O que ellos también se empiezan a encontrar en esa adultez con aspectos que habían estado extraviados como a nivel biográfico. Entonces obviamente empiezan a sintomatizar y obviamente también eh... aparece la necesidad de consultar. Pero obviamente, netamente con una “patología”, entre comillas, de base y que eso obviamente después se, se vuelca obviamente en una cuestión mucho más amplia, que tiene que ver como con toda la biografía no revisada, y que obviamente hay que llevarla a reflexión y que sea tramitada también como para quizás lograr otra relación consigo mismo, con el mundo, con sus emociones y todo lo que implica su...su mundo

Ya, sí. Y me decías que reciben usuarios de la diversidad sexual

Sí, recibimos usuarios de diversidad sexual. Eh... y de cierta forma... a ver, como te decía la otra vez... en general eh... llegan más por distintas vías y en general yo sé que son diversidad sexual cuando llegan de los espacios, por ejemplo como, infectología del Hospital Sotero de Río. Porque en general ahí, en cierta forma, los envían como porque los ven de repente medios complicados con algo anímico, algún médico, alguna enfermera, alguien, como que son bien poquitos, pero que no se hizo cargo allá. Más bien como que lo derivó no más y... como para que tratara netamente lo anímico. Pero en general, también como te decía no son uno usuarios que hayan recibido, como de repente el mejor trato, una mejor acogida, sobre todo cuando de repente reciben noticias bien complejas como

enfermedades, etcétera. O condiciones también, en este caso, como VIH por ejemplo

Perfecto. Tú me decías incluso que eh... reciben bastantes pacientes. No es uno cada cierto tiempo, sino que hay un cierto flujo

Sí, sí. O sea el flujo es bastante amplio en todos los programas, como se llama... el COSAM tiene más que los programas en que yo trabajo, tiene programas también de tratamiento de consumo en personas adultas eh... y obviamente está como bien expandido. Y obviamente como a nivel institucional tenemos bien claro que van a llegar pacientes distintos, diversos y obviamente con orientaciones sexuales que no son las binarias

Y pienso ahora que emmm... que curioso esto que vengan derivados por el sistema de salud, por un tema eh... “infectológico” por un tema médico ¿eso de alguna manera eh... determina el motivo de consulta?

Emmm... mira fíjate que no tanto porque finalmente como los derivan por algo anímico, pero... obviamente ellos sienten como que hay un estigma a la hora de ser derivados. Entonces como te decía, acá llegan también un poquito como con esta sensación de distancia, de que me van a decir acá, va a venir quizás un juicio de repente. Entonces obviamente ahí, también esa primera entrevista, o sea esa entrevista de ingreso, que es la primera acogida que se les entrega eh... obviamente se les, se les muestra que acá, es algo completamente diferente y que obviamente su orientación sexual va a ser abordada, pero no es algo que de cierta manera remita a un juicio o algo que se está, o los vaya a, a, a verse discriminado o sentirse incómodo de alguna forma

Claro

Son usuarios... un usuario más, un usuario más también que tiene bastante, obviamente, otras dimensiones en su vida. Que obviamente eso es importante igual, pero otras más que van a ser abordadas durante su proceso psicoterapéutico

Ya. O sea emmm... hay un, como la primera sesión de acogida, como hablábamos la vez pasada, se rompe el hielo un poco...

Claro

Y en ese sentido ¿Hay una diferencia con los demás consultantes que no son de la diversidad sexual?

En general, cómo te decía también la, la vez anterior, también desde mi formación inicial más Rogeriana, más humanista está la aceptación incondicional de cualquier usuario. Pero también como siempre queda a nivel institucional, al menos lo tenemos como bien incorporado desde hace mucho tiempo. Porque finalmente creo que... desde el marco ético que se tuvo siempre, desde esa cosa valórica, siempre fue muy amplia, incluso lo vi con... como se llama... con colegas que eran mucho más... mayores que yo en esa época, y que obviamente podrían haber sido mucho más rígidos. Pero que de cierta manera atendían de una manera súper amable, súper abierta a personas, en ese momento, que eran Transgénero, que en esa época les decían Travestis ¿me entiendes? Pero que la trataban como una mujer ¿me entiendes? Con su nombre social de mujer... que les daban todas las atenciones que requerían y nadie los miraba así como alguien extraño cuando llegaban al COSAM. Eran la "Juanita", la "Pepita" ¿me entiendes? Quien llegara ¿me entiendes? Y era mujer, no era un niño que de cierta manera, quizás en su ficha, lamentablemente, había que poner su nombre real, pero siempre se sabía que se llamaba por su nombre social

Claro. Tú me decías que la primera sesión notabas, notabas como una cierta... renuencia o desconfianza, y que había que en el fondo romper ese hielo. Que tiene que ver también con los maltratos institucionales a los que están sometidos estas...eh... esta población

Sí, yo creo que como te decía, previamente, al menos lo que yo he conocido, son una población que... que es bien discriminada, sobretodo en la atención primaria, muchas veces... y también por falta de capacitación también ¿me entiendes?

Finalmente siento que falta como harta... bajada también, porque si hay capacitaciones a nivel como de cierta manera general. Siento que no es como que de cierta manera llegue a todo el personal. Quizás de repente, esa atención primaria que es la primera acogida de todos los sistemas de salud. Entonces obviamente reciben también un trato poco amable, muchas veces, maltratador de hecho... y obviamente hace que se extienda a todo lo que implica también salud en, en lo público. Pero obviamente tenemos que nosotros instalar una diferencia, sobre todo si estamos trabajando para tratar de proponer un bienestar en todas las dimensiones relacionales.

Claro. Y eso ¿eso lo observas en consultantes que no son de la diversidad sexual? Eh... maltrato institucional previo, el tener que hacer una acogida, tratando de resignificar lo que significa un proceso terapéutico

Claro. Yo creo que mira, si bien existe es mucho menos. Creo que no está al menos ese estigma de decir, ya, yo porque no se "po", soy homosexual, transexual, o lo que sea ¿me entiendes? En este caso, recibo un trato diferente, me van a mirar mal, o alguien quizás no va a ser adecuado a la hora de por ejemplo, llamarme por mi nombre social. O quizás exponer mi orientación con el equipo, sin que yo lo autorice, etcétera. Van a haber como muchas otras cosas que de repente van a haber ocurrido que pueden haber, obviamente haber sido mucho más complejas

Ya

En el caso de los otros usuarios como te digo, creo que de repente, claro, reciben otros tipos de tratos, quizás no tan agradables pero no van tan allá ¿me entiendes? No van como a esa vivencia de discriminación, muchas veces que experimentan eh... personas de la población LGBT

Y en ese sentido emmm... y en base a tu experiencia clínica con población LGBT ¿Tú crees que hay alguna diferencia eh... respecto de la forma de

hacer clínica, con esta población respecto de la que no es de la diversidad sexual?

La verdad que no tanta. Yo, yo como te decía el otro día, para mí son procesos iguales que todos. Eh... donde obviamente si la orientación sexual está en un "post it" ahí está... está, está como esperando a ser abordado. Pero netamente como una cuestión digna de ser conversada, más que nada. Y obviamente porque pudo haber generado malestares, vivencias complejas, etcétera. Pero... no realmente problematizarlo y hacerlo, obviamente, transitar a hacia algo reparatorio, jamás. Obviamente, netamente como una cuestión que se aborda y que obviamente, puede también haber generado situaciones complejas en su biografía. Pero si, pero más allá de eso y obviamente de repente, como yo te decía, de repente hay una vivencia de la sexualidad, de repente, un poco oculta que hace que de repente se exalte en un momento y se pierda un poco cierto cuidado. Y eso si hay que abordarlo con un énfasis distinto, pero que obviamente quizás también con algunas personas heterosexuales se da de la misma manera

Ya

Pero... como te digo, es un cuidado y algo como se pueda, puede ser un factor más común y que obviamente hay que ponerle también un poquito de ojo, de repente explorarlo, inicialmente para ver si es que se aborda, con mayor énfasis

Ya. Y tú me decías que dentro de tu experiencia, ¿que ha sido lo más difícil, lo más dificultoso con este tipo de población?...Desafiante se podría decir

Eh... sí. Yo te decía lo difícil que era principalmente con el tema Trans, actualmente. Porque es complejo todavía y hay muy poca información ¿me entiendes? Porque es un tema que recién está como emergiendo como a nivel... tanto de abordaje como también de bibliografía. Entonces como que hay harta nomenclatura y hartas cosas que quizás también quedan como fuera de... ¿Cómo se llama? De lo que uno conoce. Entonces, como que implica también un desafío tener que ir a formarse, y también obviamente, lo que se trasmite también

a esas familias donde emerge una persona que también tiene una identidad de género. Entonces de cierta forma, implica también una dificultad porque de repente no tienes todas las respuestas. No te puedes poner en esa posición de alguien que sabe, que conoce y que obviamente si tiene que esperar como para también entregar respuestas y ser planificador y orientador a la hora de lo que está ocurriendo.

¿Quiénes demandan esa... esas respuestas? ¿Las familias de los consultantes?

Las familias. Las familias principalmente, las familias son las que siempre las que tiene que, más bien requieren, además demandan respuestas porque están confundidos. Más que uno, porque a veces uno tiene un bagaje y pudiera obviamente comprender el fenómeno. Eh...pero ellos obviamente... para ellos es como extrañísimo yo creo casi “extraterrestre”, entre comillas. Y obviamente ahí uno le va mostrando que una posibilidad que el género también sea algo que es dinámico y que obviamente puede transformarse. Y obviamente, como que te contaba la vez anterior, es como finalmente tener esa herramienta para ejemplificarle, por ejemplo una mamá que decía que su hija estaba en el tránsito a ser hombre y decía “pero a ver, mi hija es lesbiana y le gustan las mujeres... no entiendo” decía, entonces obviamente ahí hay un... “No. su hijo es un hombre ahora. Igualmente le gustan las mujeres pero eso no hace que ella sea lesbiana. Es un hombre que le gustan las mujeres. Nada más que eso” entonces, pero tener esas, esa como claridad de respecto de poner también, como te digo de enfrentar, de entregar obviamente una guía, es súper importante y yo siento que también requiere una preparación y que no siempre es formal lamentablemente. Tiene que ver no más con una autogestión y con lo uno pudiera llegar a, como te digo, a encontrar en la bibliografía que está disponible muchas veces nada más que en internet.

Exacto. Y eso remite un poco a un rol de experto que demanda el mismo sistema familiar ¿no? Incluso el mismo paciente. Eh... desde... de lo que

hablábamos de la psicoeducación, que es tomar en el fondo eh... psicoeducar para mí es tomar un rol de experto para impartir un conocimiento considerado válido y verdadero, con un fin específico.

Si... si yo creo que, que es importante como asumir eso. A pesar que no nos guste muchas veces, sobre todo a mí no me agrada tanto, porque me gustan más los procesos reflexivos. Pero es parte de la pega de también de los psicólogos, trabajadores sociales obviamente. Psicoeducar y asumir el rol político que eso también tiene. Y como también a partir de eso... podrías llegar tú también a ampliar una visión también, como puedes también entregar algo diferente y obviamente que también pueda permitir distender situaciones, relaciones también.

Ya. Profundicemos un poquito más en eso. Eh... cual es el fin crees tú. ¿Cuál es la finalidad, para que estamos los psicólogos insertos es ese... en ese rol eh... psicoeducando, para que crees tú que estamos?

Mmm... a mí personalmente, tiene que ver con abrir candados, netamente eso

Ya

Ir liberando cosas ¿me entiendes? Más que trabarlas. Yo siento que es importante como más bien generar esa posibilidad de que aparezcan más dimensiones de comprensión, aumentar ese número de distinciones posibles. Y que obviamente eso... pueda también permitir que las personas se muevan más fluidamente, se relacionen más fluidamente con sus mundos. Que no existan estas trabas, quizás ideológicas, tan de repente, anquilosadas que obviamente tiene mucho que ver con religión, obviamente o con factores culturales que están súper instalados. Y que obviamente, yo creo que de repente, en la gente no se da cuenta que... también son dinámicos ¿me entiendes? Y que obviamente se pueden ir transformando... rápidamente incluso ¿no? Y entonces obviamente ahí uno ve a la gente también que permite obviamente ser el catalizador de eso y que obviamente también saber todas esas cosas que traba.

Perfecto ¿Qué sientes tú que te emmm... que te demandan o solicitan los consultantes LGBT con los que has tenido la experiencia de trabajar?

A mí personalmente, es aceptación incondicional. Esa escucha inicial ¿me entiendes? Como el poder también tener un espacio de confianza en donde puedan obviamente hablar de lo que necesiten hablar, y obviamente también ser interpelados. No es como esta no más escucha sin respuesta, sin reflejo. Pero el hecho mismo, como de ser escuchado sin este como prejuicio, sin esta posibilidad de burla. Yo creo que es súper importante para ellos, como para también hablar obviamente de temas como súper complejos que han experimentado, ya sea de maltrato, o incluso abuso, o situaciones incluso netamente de discriminación que son súper invisibles, pero que obviamente han marcado hartos su forma de relacionarse con el mundo. Ahí hay... me, me acuerdo como de chicos que he atendido que son población LGBT, que han sido súper marcados como por el maltrato escolar y que obviamente han también, se han volcado finalmente después en rasgos como entre comillas desde “lo psicopático” porque finalmente se sienten súper, también maltratados por su entorno social, etcétera. Y estos espacios fijate que son... son bien también importantes a la hora de mostrarles que hay mundo diferente también que si los puede llegar a afectar y que obviamente puede permitir cambiar sus relaciones con otros en este caso

Perfecto, perfecto emmm... tú me has hablado de la aceptación incondicional ¿Cuáles son las condiciones para que esa aceptación incondicional ocurra, crees tú? ¿Es necesaria y suficiente o requiere también un componente de conocimientos específicos?

Mmm... A ver, que yo siento que es más una actitud en general. Ojo ahí, como que para mí por lo menos, tiene que ver con los terapeutas igual que con los, obviamente colegas que son bien juiciosos obviamente no los que trabajan conmigo, porque como te contaba tenemos como una, un aspecto ético como bien común. Entonces de cierta forma no hay como un rechazo discriminatorio porque la persona tenga tales o cuales características. Pero si obviamente he

conocido otros colegas que... y éticamente yo creo que es mejor que lo sepan, que yo creo que es mejor que no trabajen con ciertas poblaciones. Eh... y que obviamente... no tienen la actitud de aceptación incondicional incorporada, por una cuestión ética...emmm... o sea. Pero es mejor que sea así también como para que quizás, no generen más dificultad también con ciertas personas. Entonces creo que tiene que ver con eso netamente, creo que tiene que ver con formación también. O sea con tener otra posibilidad de haberte relacionado, tanto con cuestiones teóricas, pero también experienciales que te puedan configurar eso. Siento que obviamente hay un trabajo también con la persona, el terapeuta que ahí yo creo que eso es lo importante.

Ya, o sea que... ahí en ese sentido ese trabajo implica eh... reconocerse a sí mismo y a sí misma y el posicionamiento que tiene uno como profesional frente a la temática.

Claro ese posicionamiento para mí, ético y político que uno tiene frente a la temática tanto de orientación sexual, género, etcétera. O cualquier otra, creo que es esencial a la hora de hacer un proceso terapéutico con cualquier persona. Entonces, no sé si todos los colegas son tan consientes de eso. Eh... pero creo que es esencial por lo menos, y por lo menos con las personas con las cuales yo trabajo, están bien claros de eso. Entonces por lo menos se da ese ambiente y esa posibilidad también de generar una cultura también organizacional que cuida mucho también la relación con los usuarios. Entonces, por lo menos para mí es agradable, y por lo mismo he permanecido mucho tiempo en esta institución

Claro. O sea, es un tema que se conversa en supervisiones

Sí exacto, o en reuniones de equipo ampliadas, autocuidado, de cierta forma son, son temas bien reflexionados que se juega también por lo mismo, que generalizan bastante a la hora de relacionarse con las personas que llegan a consultar

Mmm... parece que desde el equipo en que participas se cuida mucho el vínculo

Muchísimo, yo creo que fijate que es factor esencial que va más allá de todo lo teórico posible. Porque es bien interesante también lo que ha pasado en el COSAM, porque en el COSAM ha habido colegas que desde que creen en las Flores de Bach, hasta colegas que son tremendamente cognitivo-conductuales

Ya

Pero que de cierta forma lo importante es la vinculación con ese usuario, y obviamente el respeto que se tiene a esa persona que está al frente que llega, obviamente, a pedir una ayuda en este caso. Una ayuda de... por una vulnerabilidad que está experimentando y que obviamente tiene que ser acogida y que obviamente se tiene que también fundar una relación, una relación distinta a la que ella o ellos han tenido fuera de ese espacio

Y ¿este vínculo facilita la adherencia?

Sí, sí muchísimo. De hecho creo que es uno de los factores que genera más adherencia. Eh... mira de partida, a modo de pelambre, así como, en la comuna de Puente Alto hay dos cosas. Eh... lamentablemente el otro COSAM tiene una cantidad de población enorme, se transformó en un CESFAM prácticamente. Nosotros somos un COSAM mucho más chiquito y que atendemos, no sé, alrededor de... actualmente casi 200 usuarios. Y... de cierta manera esa cantidad de usuarios no permite también tener una relación mucho más cercana también, y obviamente a que ellos se sientan más acogidos a la hora de llegar a una secretaría que sabe cómo se llaman probablemente, que pueden también ubicar fácilmente a su terapeuta cuando tienen un requerimiento de urgencia o cualquier específico por ahí. Entonces eso hace también que ese vínculo se vaya construyendo también desde otras dimensiones. Obviamente con... claramente las definiciones de "rol", entre comillas de cada uno, los espacios donde se hace pero obviamente es una cercanía que quizás no siempre está tan presente en todos los lugares y eso fijate que es un reporte que nos llega de todos los usuarios en este

caso, en general a todos los terapeutas cuando obviamente les toca hacer algún tipo de evaluación también del desempeño.

Pensando en el... en el, en la posición que tu ocupas en el, en el sistema institucional. O sea ya llevas harto tiempo, emmm... tienes ahí hartos lazos con el equipo, con, con la institución emmm... ¿Cuál es, es tu mirada respecto a lo que se podría... eh... hacer y lo que todavía no se ha hecho, de repente, en el COSAM? En temas de diversidad sexual

Yo creo que, tal como lo que te decía “denante”, de repente hacer unas capacitaciones... de repente más formales, actualmente. Como sobretodo sobre el tema transgénero, que es lo más “novedoso”, entre comillas, que se está incorporando a la diversidad sexual. Eh... por que como te digo, de repente uno se queda un poquito pillo, y tenemos nosotros que acudir a nuestra propia formación para poder obviamente llegar a eso. A explorar y obviamente quizás de repente sería bueno tener al alguien que pudiera sistematizar eso, y que obviamente nos pudiera mostrar eh... como todo aquello que es nuevo, las nomenclaturas y todo obviamente lo que se está estudiando, está avanzando a partir de la teoría. Sería súper favorable que... y obviamente nos generaría una ayuda súper importante a la hora de relacionarnos con las personas que lleguen también a consultar con esas características.

Y...

Entonces es súper importante para nosotros quizás que eso aparezca y lo otro también, otro desafío sería sistematizar también nuestra práctica con personas LGBT, que yo creo que eso no está hecho tampoco, que sería una buena... una buena también y de cierta manera... tesis por así decirlo, de alguien que quisiera venir a hacerlo con los terapeutas que estamos trabajando actualmente.

Por ejemplo pensado en terapias de pareja del mismo sexo

Mmm... claro podría ser posible también. Yo sé que hubo un par, por ejemplo acá en el COSAM. Que de cierta forma, había una colega que abordó un par de casos

de cierta manera de pareja con personas del mismo sexo, pero también, son como súper incipientes, son experiencias que tampoco se describieron que podrían haber sido súper interesantes ahora también de estar exponiendo actualmente

Mmm... En qué crees que afecta el no estar al día ¿no? con las terminologías, ¿con aquellos conocimientos que adquirirían con una capacitación? En que afecta para la práctica clínica el no tenerlos

Mmm...yo creo que es esto que hablábamos “denante”. El hecho de como también tú te trasformas en este sujeto, supuestamente sabio, en esta posición política de orientador, de guía y obviamente si de repente no tienes el conocimiento al tiro... de repente pudiera ahí generar una pequeña merma, siento yo por lo menos. Es mejor como tener más bien como ese... “display” esa... ese abanico de “conocimientos”, entre comillas, o de contenidos que pudieran obviamente apoyarte a la hora de tener que hacer tu, tu propia intervención más concreta, más psicoeducativa

Ya, o sea que, no solo familiarmente sino con pacientes individuales también, en formato individual. Pareciera ser que en este tema se espera que el psicólogo sepa más que uno como paciente, sepa más que el paciente ¿no?

No, claramente. Siempre de cierta manera eso es algo que está instalado en todos los diagnósticos. Y obviamente en todas las temáticas incluso, porque finalmente ahora por ejemplo, yo que hago talleres con mi colega hacemos talleres de padres, talleres familiares, obviamente se espera que nosotros seamos expertos en crianza por ejemplo. O en “cómo tratar a...”. Entonces obviamente, tenemos que tener respuestas frente a eso también, a pesar de que no somos expertos, pero obviamente si tenemos propuestas acerca de. Y entonces, yo voy dejando claro que son propuestas ¿me entiendes? Que son propuestas que pueden generar bienestar etcétera, y que quizás estas otras no son tan amables, “blah”, “blah”, “blah”. Pero obviamente, si tú tienes como ese... ese set de cosas posibles,

obviamente va a ser mucho más fácil, más fluido también y quizás va a permear también, una relación en este caso de una familia. Entonces es súper importante eso, como vas planificando también cosas, y vas permitiendo que otras aparezcan.

Sí. En relación a eso también viendo que otras aparezcan, como es un tema bastante fluido, el tema del género y de la identidad sexual. Emmm... puede ser que eh... que el mismo consultante vaya eh... fluyendo de formas inesperadas o más rápidas, de lo que se ha descrito en la teoría

Sí, o sea es probable eso porque en ese dinamismo yo creo que puede ser bien así desconcertante

¿Sí?

Pero para bien en general, yo creo que de cierta manera, cuando de repente se mueven un par de piezas, de repente fluye todo ¿me entiendes? Como sacamos el tapón y corrió el río prácticamente. Entonces creo que es bien interesante eso que ocurre y que en la sexualidad y en otros temas, también obviamente, como el género también obviamente, pueden emerger eh... sin mucho control por así decirlo y también obviamente de una manera valiosa creo yo también

Ya. Mira y para terminar me gustaría emmm... profundizar en la dificultad ¿no? En la dificultad eh... personal que has tenido en tú, en tú práctica clínica. Cuando respecto de las personas trans, de los consultantes trans mmm... hay una dimensión que a ti te parece como desconcertante ¿verdad? Que es la que más te desafía o te demanda a... a estudiar por así decirlo ¿no? A consultar ahí otras, otras fuentes. Emmm... ¿Qué será aquello que desconcierta de eso?

Yo creo que... yo creo que tiene que ver claro, como con el hecho de estar asociado a otro género, (ininteligible 30:52-30:53). Como más bien nos formamos con identidades sexuales como fijas, como que en un momento uno llegaba a algo como ya estable, por así decirlo entonces eso obviamente también choca con esta

novedad, por así decirlo. Y esta novedad con la cual uno también se está ajustando. Como te digo por lo mismo es súper aceptada desde ya ¿me entiendes? O sea, obviamente a mí no me costó aceptar nada esta diferencia. Pero como te digo me falta también como elementos más teóricos, como para poder yo también explicarle más claramente a quienes consultan, y quizás también, a quien me pueda llegar a consultar y que no tiene nada que ver en este caso con el tema transgénero. Como personalmente ¿me entiendes? Pero como para darle quizás un énfasis distinto a esa explicación que puede obviamente abrir una mirada.

Mmm... y en ese sentido es bien interesante y habla de, de un aspecto ético, creo yo, esto de que tu trates de adaptarte a lo que, al fenómeno eh... en el sentido de tú estudiar, de tú sentir curiosidad por saber más y por lo tanto adquirir herramientas para ser mejor terapeuta por así decirlo, y no al revés, no tratar de que el consultante se adapte a las categorías y conocimientos que tú ya tienes.

No, para nada. Yo creo que por lo menos esa es una deformación de algo que quizás yo ya poseía, como cierta flexibilidad, creo que las terminé un poquito ahí de instalar en esta formación o deformación, como diría Felipe. Eh... por que sí, finalmente todos los consultante son distintos y son temas diferentes, relaciones distintas. Entonces obviamente yo soy el que tiene que tener herramientas distintas para cada situación. Entonces ahí soy yo el que tiene que ir a buscarlas, a la hora también de no encontrar aquella que haga girar algo ¿me entiendes? Por así decirlo. Entonces es mi pega ¿me entiendes? Como es pega del usuario el obviamente abrir muchas veces la puerta.

Ya

Entonces claramente yo siento que es una, es una, es un aspecto ético mío. Yo tengo que hacerme cargo de eso y, y obviamente en esas vías constantemente

Mmm.... Y tiene que ver con tu posicionamiento también.

Sí, claro

Ético, político respecto a la diversidad sexual

Sí, Sí. Por lo menos yo para mí hay que, es algo que de cierta manera que hay que abrir...incorporar ¿me entiendes? Y obviamente que cada vez sea lo más natural posible al abordaje tanto de lo psicoterapéutico pero también de la relación social que se puede establecer con él, con obviamente la diversidad sexual. Que deje de ser diversidad y que sea sexualidad no más, como tal ¿me entiendes? Dentro lo posible, no más, nada más. Que no sea nada extraterrestre. Que está dejando de ser, afortunadamente desde mi punto de vista. Al menos en los adolescentes fíjate que... la mirada de ellos es bastante más desprejuiciada de lo probablemente tuve yo cuando era adolescente. Entonces se nota obviamente la diferencia ahí, generacional y cultural también. Porque finalmente chicos homosexuales o transexuales, esta misma usuaria que te hablaba yo “denante”, se puede incorporar perfectamente al colegio en el que estaba, sin ninguna dificultad y con su nombre social. Obviamente conversando con la dirección, etcétera. Pero llegó a su sala de clases y todos sabían que se llamaba “Pedrito” por así decirlo no sé, ya no se llamaba “Juanita” entonces... y en las, en la lista salía como “Pedrito” ya no salía como “Juanita”. Entonces ya eso por lo menos es... y todos sabían obviamente que era transgénero, que no era obviamente un niño, entre comillas “biológico” por así decir, y no era ningún punto de discriminación, así que... Y creo que eso comenzó a pasar... pasó algo bien bonito hace un tiempo atrás, con otra usuaria que es... que era, era mamá de una niña y que también empezó a, a vivir el tránsito ¿me entiendes?, y obviamente esta mamá no comprendía mucho respecto a... esta, a este tránsito de género. Y... fue bien interesante irle mostrando ¿me entiendes? “Pero si tu hija se siente hombre” le dije yo “¿No has conversado con ella?” y claro, conversó con ella y se sentía él. Y ahí como que se abrió todo... toda una dimensión de cosas que obviamente... y empezaron a consultar, esta chiquilla fue a psicólogo y ha habido obviamente ya una aceptación, y ahora... y ahora es él obviamente y tiene un

nombre social masculino y... le escribió un carta a sus compañeros de hecho. Que fue súper bonito, porque aparte era un colegio de Curas allá en Puente Alto, que es bien conservador y fíjate que fue pero hermoso. Porque los compañeros cuando ella escribió la carta como que prácticamente la abrazaron, así, como que obviamente vas a seguir siendo nuestro compañero ahora y una aceptación maravillosa. De verdad yo quedé así pero impresionadísimo. Chiquillos de 12 o 13 años, porque la chiquilla estaba en octavo cuando era chiquilla, ahora es niño y está en primero medio.

Ya, y, y después de acompañar ese...

Entonces como te digo, culturalmente hay un avance impactante. Y acompañar eso en la mamá, fue maravilloso también, porque ella también se fue dando cuenta que era su hijo ahora, y que tenía que ahora obviamente también transformar su forma de relacionarse con él.

Ya

En todo, entonces fue bien, bien bonito como acompañar ese proceso de ella, como paciente de usuaria que yo atendía siendo mamá de una persona transgénero.

Y en eso... en ese sentido eh.... Me acuerdo de lo que me dices... de abrir candados

Aja

De abrir candados relacionales, eh... culturales y todos los candados posibles. Eh... respecto de aquello eh... que es desconcertante. Quisiera tomarme de eso... tomarme de eso de nuevo, cuando hablabas de la sexualidad exacerbada ¿sí? De algunos consultantes transgénero eh...

No, transgénero no. No en general se da más en hombres homosexuales

¡Ah! Perfecto ya

No en los transgénero fíjate, bueno una de las chicas era como... que funcionaba con una idea bien patriarcal acerca de ser hombre. Ahí sí era muy exacerbado porque era una relación como con mil niñas a la vez. Entonces era como medio complejo, porque también obviamente tenía que ver con unas cosas media disociativas, entonces obviamente también la falta de cuidado sobre sí mismo, entonces eran otros temas los que se abordaban ahí. Pero en general lamentablemente los homosexuales hombres, muchas veces tienden a ser muy poco cuidadosos en cosas súper básicas. Por ejemplo, la no utilización de condón ¿me entiendes? A la hora de tener relaciones sexuales y obviamente también de repente no, no cuidarse también como a la hora de exponerse también, no sé, en lugares públicos. Entonces, no en cuanto al hecho de ir a tener sexo a un lugar público, sino más bien, a lugares peligrosos. Entonces eso como que de repente son temas que se abordan más que nada pero, como psicoeducación sexual básica casi ¿me entiendes?

Ya

Porque tienen muy poco... de cierta manera bagaje respecto a eso, pero también muy poca red para poder abordarlo. La red son muchas veces red de amigos muy reducida, entonces que también de repente no son los que también tienen ese mismo, ese mismo conocimiento, esas mismas posibilidades de interpelar acerca del cuidado básico de una persona, a la hora obviamente de relacionarse sexualmente con otra.

Ya, sí. Es bien, es bien interesante eso me parece, lo que consideramos que significa el cuidado de sí mismo eh... si es el tema de los espacios públicos, si es la forma de llevar a cabo esa sexualidad. Es bien, es bien interesante también...

Creo que ahí me sale, no lo conservador, pero si como el hecho de decir, la mamá o papá cuidador. Como decirle “oye pero ya está bien que tengas relaciones, pero no te vas a meter allá Al Castillo, o un lugar público en donde te pueden asaltar, te

pueden dejar ahí en una situación complicada, o también obviamente utilizar”, cuando, como obviamente si conoce a alguien casualmente. O sea no está mal, o sea eso yo no lo juzgo, es parte de tus posibles decisiones pero, puedes ¿no cierto? tener los resguardos básicos que hay que tener en cuenta

Ya, oye te agradezco mucho...

Pero, pero ese es el abordaje así como... Pero eso es obviamente una temática como bien usual

Oye te agradezco muchísimo, yo creo que con eso ya... yo te repetí algunas preguntas a propósito, porque son las que no se habían... no habían quedado tan, tan claras, en tema de audio. Pero ahora ya quedó súper bien.

Oye pero, como que profundizamos un poquito más de repente.

Sí. Sí, sí. Logramos hacer como la, la conversación previa introductoria la vez pasada entonces ahora ya, yo siento que tú también te quedaste pesando en algunas cosas...

Sí...

Yo también, entonces ahí lo pudimos ir contrastando. Así que te vuelvo a agradecer muchísimo tu tiempo emmm...

No de nada

Entrevista 4

M, cuéntame un poquito ¿Cuál es tu apellido? Nunca te lo pregunté

M.C, con "s"

Mhn...

S

¿Qué edad tienes?

34

Em... y ¿En qué COSAM estás?

Estoy ahora en el COSAM de Quinta Normal

Perfecto

Pero el paciente que atendí LGTB, eh... no fue en el COSAM. Fue en el Barros Luco, fue en un hospital. Por si acaso

Ya.

Pero

¿Hace cuánto que estas en el COSAM?

Eh...voy a... cinco años

Cinco años

Cinco años voy a cumplir

¿Y estás solamente ahí o también estuviste paralelamente en el hospital?

Estuve en el hospital eh...claro estuve en el hospital y al segundo año del hospital, me fui media jornada al COSAM de Quinta Normal. Después cumplí cinco años en el hospital y... me cambie completo al COSAM de Quinta Normal

Ya. Y qué ¿Cuáles eran tus labores en el Barros Luco?

Ahí yo era, bueno, psicóloga clínica con orientación comunitaria. Porque ahí se organizan por equipos territoriales em... entonces yo trabajaba con población de la comuna de San Bernardo, porque el Barros Luco atiende toda la zona eh... sur. Eh... puede ser como la sur poniente, porque sur oriente es como el... ¡ay! Como se llama este hospital, el de Puente Alto nosotros estamos como, más hacia el otro lado. Y yo atendía a la población de San Bernardo, ahí estaba en un equipo multidisciplinario, un tiempo coordiné ese equipo también. Y mis labores principalmente eran eh... bueno hacer psicoterapia, em... que ahí los psicólogos teníamos un espacio así súper eh... como que lo defendimos hartito, entonces no permitíamos más pacientes de los que podíamos atender en psicoterapia como corresponde ¿cachai? entonces no teníamos 60 pacientes cada uno, sino 20 por ejemplo. Por la cantidad de horas que teníamos. Em. Y además bueno yo hacía, hacía otras, otras cosas como, entre lo más comunitario entonces tenía un grupo de personas jóvenes con psicosis y yo iba todas las semanas a San Bernardo y me reunía con ellos en una casa y teníamos un grupo terapéutico, con personas con psicosis. Em... esas eran mis funciones ahí. Entonces los pacientes por lo general, como en los hospitales es mucho más estricto el ingreso entonces, los pacientes ingresaban con psiquiatra, y ahí en la presentación del caso en reunión se definía qué atenciones se le iba a ofrecer al paciente, de acuerdo a lo que se había observado.

Ya

Entonces me llegaban las derivaciones en la reunión y ahí yo me encargaba de llamarlos, darle la hora y como ver un horario.

¿Tenía algún nombre? ¿O sea era un programa?

No. O sea, son equipos. Los equipos... entonces por ejemplo nosotros éramos el equipo de San Bernardo y atendíamos solo esa población. Porque la idea es que nos especialicemos solo en esa comuna. Entonces teníamos eh... contacto con los CESFAM de ahí, con la red de esa comuna solamente. Entonces, por ejemplo

como yo trabajaba con personas con psicosis en la comuna, entonces tenía contacto con las redes municipales de discapacidad, con la OMIL por ejemplo, la Oficina de Intermediación Laboral, con esas cosas. Como que esa era la parte comunitaria que nosotros hacíamos. Y nosotros éramos solo de San Bernardo, pero había un equipo que atendía solo población de San Miguel, solo de La Cisterna, solo de Pedro Aguirre Cerda. Por ejemplo ¿cachai? esa era la organización

Era un trabajo bien de red

Sí. O sea es que, el Barros Luco tiene esa... ese sello, como en ese hospital nació el proyecto antes de la dictadura, de trabajo comunitario en salud mental. Entonces eh... se retomó ahí cuando volvió la democracia. Entonces, de echo el jefe de nosotros eh... que es el RS, el hizo el plan nacional con el Minoletti, o sea como que tiene toda esa... entonces teníamos mucha pega comunitaria desde ese lugar, como... como bien específico. Teníamos por ejemplo las... nosotros hacíamos todas las semanas consultoría en los CESFAM del territorio, para poder trabajar en red con ellos, los pacientes. Entonces, yo iba a veces dos veces a la semana a San Bernardo a trabajar ¿cachai?

Ya

Entonces, claro era súper así... y por lo mismo nosotros no... esa pega bien específica eh... teníamos que hacerla en red, con las redes municipales. Entonces teníamos que tener mucho contacto con la municipalidad o la red local de salud y todo eso.

¿Cuál crees tú que era el rol que se esperaba de ti? En esa institución, en ese puesto

Eh...bueno una de las cosas principales, era poder como... bueno hacer buena psicoterapia, como que el equipo, porque, como nosotros atendíamos eh... pacientes de alta complejidad, como trabajábamos también en red, o se esperaba trabajar en red. Entonces lo pacientes más leves o moderados en su... en su,

como... dificultades eh... como decirlo... como eh... en las dificultades propias de su patología, si es que la tenían. Pero además porque hay dificultades sociales asociadas que, que agravan los cuadros, o sea, nosotros, esos pacientes por lo general terminaban atendiéndose en la red local de salud de la comuna ¿cachai? Pero si el paciente, la complejidad era mayor y nosotros en consultoría con ellos veíamos si efectivamente era un paciente que necesitaba llegar al hospital, porque la idea era evitar que le paciente llegue al hospital, porque es un paciente que se cronifica. Llega al hospital y ya no hay posibilidad de alta, o es muy difícil. Em.... entonces nosotros atendíamos una población muy filtrada y de alta complejidad. Entonces se esperaba de nosotros que pudiéramos tener una capacidad de poder atender una paciente em... de esas características. O sea con complejidad social alta y además con una psicopatía asociada a eso también grave. Entonces si atendíamos a una persona que venía con un diagnóstico de trastorno de personalidad, era un trastorno de personalidad de los graves, no era leve, por ejemplo. Em... y así en toda la gama o el espectro que se usa del CIE-10. Nosotros teníamos, tenemos que atender lo más grave porque al final, la idea es que los pacientes se queden atendiendo en su territorio y no que lleguen al hospital al cronificarse. Así que se esperaba eso primero, y también habilidades de gestión. Como el perfil al menos de la gente que trabaja en el Barros Luco, en la selección se busca que todos puedan en algún momento ser jefes. O sea como que todos puedan tener habilidades directivas dentro de un equipo ¿cachai? Em... encontrar de que si necesitan reemplazar a un coordinador pueda ser cualquiera ¿me entiendes? Como... eso hace que también uno tenga que trabajar bien de independiente en algunas cosas, em... como.... El Barros Luco es un hospital súper grande, entonces uno tiene que también conocer las redes dentro del hospital, como que no puedes ser medio pollo. Como que en realidad... yo ahora los pienso, como estoy trabajando en un lugar más chiquitito, eh... y claro como que uno tenía que saber hacer muchas cosas. Como relacionarte desde el director del hospital para abajo em... se pide mucho trabajo en equipo, eh... en general una visión crítica de cómo se están llevando los procesos. No sé si el perfil es

tanto como de alguien sumiso... más bien como que se esperaba de todos nosotros que podamos eh... ser innovadores y proponer cosas eh... no siempre desde las condiciones que uno tienen. O sea, yo trabajaba ahí solamente 22 horas y... y también yo de repente sentía que me estaban exigiendo mucho para la cantidad de tiempo que yo iba, por ejemplo. Como... cuando me fui de hecho el jefe de servicio eh... me dijo “bueno te vas y quedó inconclusa la unidad de trabajo con familia que deberías haber armado con tu magíster” y yo le dije “pero, pero si trabajo 22 horas” como que en qué momento quería que lo hiciera. O sea, como que se espera mucho de eso. Tengo la sensación, yo me fui como con esa sensación, como... también una de las cosas importantes eh... es que em... que tenía, al menos, y que yo siento que lo valoraban, no es algo que se exigía como dentro de las competencias, pero algo que te valoraban y que se sacaba partido. Es em.... como habilidades en docencia

Ya

Porque la mayoría de los que estábamos ahí, teníamos alumnos en práctica. Eh... entonces en el servicio circulábamos, no sé 60 personas. Porque habían pasantes en todas las disciplinas habían alumnos formándose con nosotros o haciendo pasantías o cosas así. Eh... y por lo mismo, hubo como un periodo en que varios hicimos magister, entonces después nos pidieron que presentáramos los resultados de la tesis a los equipos ¿cachai? Como que em.... eso también era algo que se valoraba mucho. Si alguien hacía un curso interesante también “pum” haznos la réplica de lo que hiciste

Suena como que fue una escuela ese trabajo, para ti

Sí. Si, o sea el Barros Luco en realidad es un lugar medio eh... así... es como un monstruo institucional eh... es súper difícil moverse adentro del hospital, es complejo, es exigente y todo, pero sales como em... o sea... sales sabiendo muchas cosas, como y no... no creo que pase tan desapercibido en la pasada de

alguien por el Barros Luco. Porque es una buena escuela, para formarse en cosas como eh... que yo sé que quizás instituciones más chiquititas no te la dan.

Y fue en ese... en ese lugar en que... atendiste a una persona LGBT

Sí

Cuéntame un poquito como fue eh...ese caso, esa experiencia, en ese contexto institucional del que hablas

Mira. Em... pucha con el justo pasó que eh... la persona que hizo el ingreso de... de él, no hizo la entrega del caso en el equipo. Entonces solo me llegó la derivación. Y la derivación eh... mira no tenía, no decía nada. Como en general nosotros pedíamos que tuviera algo un poco más específico y salía como el tratamiento farmacológico, que es como no me dice nada esto. No había ninguna información relevante, entonces cuando yo fui a buscar... porque teníamos un sistema, donde el paciente llegaba al SOME y esa... y ese registro de que llegaba, que se imprimía una hoja, te la dejaban en un clavito con tu nombre. Era súper así, años 50, como muy precario. Entonces eh... yo fui a buscar el papel, y saco y era un nombre de mujer, entonces yo agarro el papel y salgo y canto en la sala de espera el nombre y se para un hombre. Y ahí yo, como... o sea no entendí no... lo primero que se me vino a la cabeza no fue como eh... como me estoy enfrentando a una persona que, que su identidad de género es distinta, no fue lo primero que pensé. Lo primero que pensé, pensé que había sido un error. Entonces le pregunté a la persona del SOME, "como parece que este... metieron mal el RUT" y me dijo "no esa es la persona que le toca a usted". Así que cuando ingresamos al box, yo le pregunté su nombre social, me lo dijo eh... y ahí como... se abrió la discusión al respecto de esto. Yo le pedí disculpas porque no sabía su nombre social y me dijo, "no es que en realidad no había como saberlo porque lo que te piden es el RUT", ¿no?... y la persona que había en el SOME en ese tiempo... yo sé que ahora lo hacen distinto porque eh... mandaron en ese equipo, o sea en esa unidad, mandaron una psiquiatra y a una psicóloga a hacer una capacitación en

atención, como... pertinente en género. Y ellas armaron un protocolo distinto, entonces ahora ya hay otra cosa, se hace distinto.

Ah perfecto ¿y se utiliza ese protocolo efectivamente?

Sí.

Ya

O sea lo hicieron después de que yo me fui, pero yo sigo teniendo contacto con ellos y ellos tienen... hay un protocolo distinto de atención y todo, como... y ellas son las que se especializan en atender a estos pacientes que llegan con estas características ¿cachai? como... como que han ido focalizando el trabajo hacia ese lugar. Pero en ese momento no estaba, entonces eh... esa persona había llegado no porque tuviera algún tipo de... patología psiquiátrica asociada, sino porque en APS mencionó que quería ingresar eh... al programa para poder hacer el cambio sexo. Entonces en APS eso no se puede hacer, porque necesitan eh... esta evaluación psiquiátrica aunque no tenga ninguna patología, para, como primer cortafuegos para después hacer la derivación a.... a... ¡ay! Como se llama esta especialidad que ve las hormonas, no me acuerdo

Endocrinólogo

Al endocrinólogo y todo eso

Mira, un poquito... SOME ¿qué significa esa sigla?

El SOME es el Servicio eh... ¡ay! No me acuerdo de la O, pero es médico estadístico y el SOME por lo general es la ventanilla, la ventanilla donde la gente se presenta, a decir tengo hora con no se quien, pasa el carnet y ellos tienen el registro estadístico de con quien tiene la hora y eso. Ellos son los que... ese es el SOME en el fondo. La ventanilla.

Ya, entonces...

Puedo buscar la sigla y te la mando, pero no, no me acuerdo ahora...

Sí, no, no te preocupes yo puedo buscarla. Eh...me estabas contando que, que esta persona llegó porque necesitaba eh... ¿que un psicólogo o psiquiatra le visara su proceso?

Claro. O sea el protocolo dice que tiene que ser un psiquiatra y que los psicólogos tienen que hacer esta... eh... como proceso que se sugiere en esta vía clínica que... que es la de... mm....

Acompañamiento

Acompañamiento en... acompañamiento en... experiencia real, no me acuerdo como se llama, tiene un nombre... lo iba a revisar antes de la entrevista y se me olvidó

Si es experiencia de la vida real

Claro. Y eh... y al final, o sea eso era. No tenía, no tenía motivo de consulta de psicoterapia, no tenía eh...ninguna dificultad como... que no pudiese pensar, no se una dificultad en, como de tramitación emocional de algo. Como que al final en la exploración conmigo no pasó nada de eso. Pero sí estaba muy interesado en poder eh... tener la hora pronto con el psiquiatra que iba a hacer esta evaluación ¿ya? que al final iba a ser como, las psiquiatras que eran de mi equipo que habían trabajado con él. Em.... entonces él ya estaba teniendo la experiencia de vida real porque estaba funcionando en su círculo cercano con el nombre social y además estaba vistiéndose acorde al género que él esperaba, hacia donde él esperaba transitar. Entonces eh... como que ya lo estaba haciendo solo ¿cachai? Em... Para mí al menos fue medio complicado, porque entendí que... estaba, que tenía que ir para allá para cumplir una cosa que él ya tenía lista. Como... nosotros teníamos que finalmente decir que no tenía ninguna psicopatología em.... sentí que de alguna forma podíamos estar entorpeciendo un poco... su, su, su proceso porque... eh... se estaba como “patologizando” de alguna manera este deseo de él. Entonces, nos constó un poco como... que la jefatura entendiera eso, porque nosotros queríamos hacerle la derivación rápido a, endocrinología para no seguir

haciendo cosas... o sea en Psiquiatría, imagínate que la gente en general no le gusta ir para allá ¿cachai? Como... porque la sala de espera ya es rara, y la gente no se... hay gente que incluso nos dice, como que “venir y sentarme en la sala de espera acá... me hace mal porque veo gente que está muy mal”. Entonces, como... y el Barros Luco no es un hospital bonito, como para que gente quiera ir tanto para allá. Entonces fue difícil para nosotros como, tener que cumplir con ese protocolo, cuando la persona ya estaba como decidida y lista. Era como un trámite.

Además de decidida y lista, esa persona no presentaba problemas de ajuste o de adaptación o...

No

O algún otro malestar, problemática, inquietud relacionado con su decisión

Claro, o sea... mira lo que yo recuerdo que conversábamos, porque yo sentía que también tuve que escarbar cuando la persona no quería mucho. Pero yo tenía... tenía que hacer una exploración también, entonces fue algo muy difícil. Pero claro había tenido conflictos familiares relacionados a eso. Que al final después hablábamos con la C que era la psiquiatra, como... como que claro que estaba esperando, que está operación y todo este proceso le permitiera así como partir de cero, porque la había pasado muy mal todo el periodo antes. Entonces nosotros como tratar de escarbar en eso que, que, en este momento no quería hablarlo también era difícil, entonces em.... por supuesto que había cosas que nosotras quizás mirábamos y decíamos “mira esto sería bueno que se trabajara” pero, pero también... no, o sea todo el tratamiento tiene que ser, si se va a hacer un tratamiento tiene que ser voluntario. No podemos obligarlo

Claro

Eh... y ese es el problema del trabajo en red. Que a veces los pacientes no están sometidos a tratamientos voluntarios, sino que el... la etiqueta diagnóstica dirige hacia donde tiene que ir sin que la, sin que la persona quiera como, hacer algo al

respecto. Entonces eh... yo creo que APS hizo lo que tenía que hacer porque el protocolo dice como “deriven inmediatamente a especialista” pero nosotros llegando acá, era así como “ya pero no hay mucho que hacer”. Em... desconozco como se estará haciendo ahora, pero en ese momento fue así. Partimos mal con el nombre y quizás hubiese sido más cuidado si el ingreso lo hubiese hecho un psiquiatra que iba a trabajar con nosotros, como que hubiese hecho la entrega en la reunión, entonces parte diciendo como que “esta es una persona (ininteligible 21:31- 21:35) que el sexo registral no es el mismo que con el que... otro género con el que se identifica con este nombre y así hay que tratarla.

Claro

No. No pasó eso. Eh... así que eso básicamente fue. Yo lo cité después un par de veces, como modo seguimiento, para ver en que iba y ya... porque en realidad fue acordado, como “mira si quieres puedes volver a venir y conversamos. Piensa en lo que hablamos vienes y vemos si es que podemos sacar algo, si no cerramos” y acordamos dos sesiones más como un mes y el otro mes, por ejemplo.

Ya

Em... y ya había iniciado las evaluaciones en endocrinología, entonces estaba como ya, súper bien, como contento.

Claro. Tengo mmm... hablando como en más en el lenguaje sistémico, en términos de las premisas eh... ¿Cuál crees tú que son premisas que hay detrás de casos como el de esta persona?

De que esa persona tenga que... o las premisas que hay detrás de esos protocolos, por ejemplo. Cuando tú me decías este paciente yo siento que lo tengo que “patologizar” de alguna manera o tengo que tratar de encontrarle un problema...

Ya

...O dificultad ¿Cuáles crees tú que son las asunciones que se tienen respecto de estas personas que quieren hacer ese tránsito?

¿Tú me dices desde el sistema de salud?

Claro

Ya. Em.... yo creo que una premisa importante es que para ser atendido en salud tienes que tener un... tiene que tener un nombre lo que a ti te pasa. Como tiene que estar escrito en alguna parte, tiene que estar escrito en un manual, tiene que tener un código eh... no se atiende como por problemática social, sino que tiene que haber alguien, por lo general un médico, que dijo que eso es un problema. Como, la persona no tiene posibilidad de decir cómo en realidad mi problema es, no es la depresión, si no que mi problema es que vivo en una población pobre, donde no tengo posibilidades de trabajar, porque tengo que hacerme cargo de mis nietos, porque... ¿cachai? Como...no hay posibilidad de que, de que la persona pueda enunciar su propia dificultad. Eh... y en el caso de las personas eh... LGTBI en general vienen con esta tradición o sea... este nombre ya viene con la tradición de que la homosexualidad es una patología reconocida hasta en los años 60. Entonces eh... para poder ser atendidos en un centro, tiene que haber, alguien tiene que haberle puesto un código a lo que la persona tiene. Entonces, y eso es como "programa no sé qué, para cambio tanto" que se asume que va a necesitar todas estas atenciones. Cuando en realidad no necesariamente es así. Em... se asume que puede haber... no sé si la... porque no recuerdo si la guía clínica dice que la persona va a tener un problema de salud mental, pero necesita una evaluación psiquiátrica eh... por que se asume que es algo que debe estar ahí, al menos.

Ya

Siento que la premisa tras de eso es como... para poder ser atendido tienes que tener eh... lo que tú tienes, tiene que tener un nombre.

Ya

¿Ya?

Y no cualquier nombre

No cualquier nombre, un nombre que sea socialmente reconocido como algo patológico em.... por ejemplo, no sé si tu sabías que las personas que quieren hacerse la cirugía bariátrica necesitan un certificado de un psiquiatra.

Ya. No, no sabía...

Sí

Esa es la... eh... la del estómago ¿verdad?

Sí, como que... o cualquiera de las cirugías que son como para bajar de peso...

Ajá...

¿Cachai? Independiente si es estético o por salud física eh... necesitan una evaluación psiquiátrica. Entones por ejemplo nosotros, con eh... en la Unidad de Salud Mental, teníamos que hacer esas evaluaciones. Nos llegaban pacientes de cirugía o de endocrinología, de donde fuera para hacer eso. Entonces, em... como, como que ese nombre que se le pone a la persona para poder atenderse ahí, es un nombre que viene cargado con un estigma, con un eh... con esa carga social donde efectivamente se asume de que quizás no hay algo que anda bien con esta persona. Por eso tiene que ir a atenderse con un psiquiatra ¿cachai?

¿Y cuál será el elemento común ahí? ¿Cómo hacer una transformación de grueso calibre en tu cuerpo? Y por tanto habría que explorar la variable psicológica ¿será eso?

Claro. Sí puede ser porque incluso eh... me había... yo no había hecho esta asociación que estoy haciendo contigo ahora. Pero... pero claro como que pareciera que las personas no son dueñas de su cuerpo tampoco. Como que siempre tiene que haber esta figura del, del psiquiatra que en el fondo es el que... el que puede decir... por que la psiquiatría también se funda desde eso, como del

control social... la, no... desde ahí parte. Entonces... y justamente el cuerpo es el lugar donde se ejerce las políticas públicas en general, y en salud pasa que la gente no necesariamente es dueña de su cuerpo ¿cachai? Em...

En que, ¿en qué ejemplo estás pensando?

¿Ah?

¿Estás pensando en algún otro ejemplo? ¿En que la gente no es dueña de su cuerpo?

¡Pucha! es que en salud mental hay muchos tratamientos que son irreversibles, que no les preguntan a los pacientes

Perfecto

¿Cachai? Em... Por ejemplo eh... para hacer terapia electro convulsiva... no necesariamente necesitan la... el consentimiento del paciente. O sea si hay un... porque para hacer el TEC tienes que... tiene que haber como un consenso entre médicos y tiene que haber pasado un montón de cosas antes como eh... no sé... eh... probaron todos estos tipos de antipsicóticos, no hay respuesta después de cierta cantidad de tiempo, entonces eso... se, se ve que podría ser necesario hacer un TEC, por ejemplo. Y tiene que haber... se presenta en una junta médica y se decide cuantas sesiones se le va hacer al paciente, 10, 12, 15 las que sean. Y eso no necesariamente tiene que ser consentido por el paciente. O sea, si los, si los médicos están de acuerdo, se hace ¿cachai? Las mujeres... eh... la esterilización quirúrgica en mujeres, se puede hacer sin consentimiento de la paciente.

Claro

¿cachai? Y se hace solo a mujeres, no se les hace a los hombres. Em... y ahí, o sea y todo el dilema ético asociado a eso. Eh... hay un procedimiento, que ahora se hace muy poco pero igual se hace, que es psicocirugía. Que cortan una parte del cuerpo calloso, que es parecido a la lobotomía, que también ahí, no

necesariamente se necesita consentimiento del paciente. Entonces em... hay... siento que, que... hay ciertas cosas donde, si bien creo que este protocolo que se hizo o en esta Vía clínica, de LGTBI se trata de que siempre el paciente tenga... pase por el consentimiento de todo lo que está pasando y creo que la... que se pensó de que quizás la... el espacio de salud mental, de la evaluación de la salud mental es como para decir que el paciente está orientado temporo- espacialmente, que no es un paciente psicótico, que no sé qué. Como que siento que va hacia ese lugar eh... tampoco hay un filtro que permita decir, “no oye este paciente está bien, listo no lo hagamos pasar por este proceso” ¿cachai?

Claro

O si se, si se evidencia eso en la atención primaria...

Claro

Para qué hay que hacerlo pasar por psiquiatría. No sé, como que siento que igual era un paso que era evitable, de todas maneras.

Ya

Eso.

Em... y ya en la forma en que esa persona ingresó al sistema puso como... eh... una incomodidad de entrada ¿no? En el proceso.

Claro, claro yo...

Dónde te posicionó a ti... te puso a ti en una postura de tener que tal vez eh... posicionarte o trabajar extra para crear un vínculo

Sí, sí puedo... también como... casi como “lamento que tengas que conversar conmigo esto si no quieres... pero ya que estamos acá...” es un poco como raro. Como... sí, pudo haber pasado eso. Además que, yo no sé si las personas que no se atienden en salud pública, para poder hacerse un procedimiento como este tiene que pasar por todos estos pasos, yo no lo sé.

Ya

Solo sé que esta persona estaba aspirando a poder hacerse después la cirugía en el Van Buren que es el único hospital que lo hace

Ya

Em... En salud pública, pero no sé si no... lo que a mí me tocó a veces, sentí que era bien forzoso

Ya. O sea eh... entiendo que en la guía clínica es requisito recibir acompañamiento y una evaluación psiquiátrica

Sí

Incluso hay pacientes que les piden bastantes certificados psicológicos, adicional

Claro, sí. La... igual la persona por lo que “caché” en la... porque la leí y todo en ese momento, ahora no me acuerdo tanto, pero en ese momento cuando la leí eh... no era... que era opcional el acompañamiento psicológico, pero sí tenía que tener una evaluación psiquiátrica y psicológica. Como... como dato, entonces claro entonces yo también le expuse eso, como “no es obligación que vengas acá todas las semanas, esto puede ser opcional. Veamos cómo nos acomodamos” em.... pero claro al final las atenciones que yo tuve con él eran como “cómo estás, cómo te ha ido. Bien, todo normal” como también alguien que quizás... cero interés en contarme esas cosas a mí. Como no había ningún problema para él...

Y qué curioso que si la guía dice que es opcional la presencia nuestra, de los psicólogos, de las psicólogas. Eh... te llegue a ti igual ¿no?

Claro

Sin eh...

Sí

Sin necesariamente el deseo o la motivación del paciente

Sí. Eh... es que en general en la... porque esta es la vía Clínica, no era una guía eh... pero en el GES y en las guías clínicas y en estos que son como... como manuales un poco em... siempre, siempre está esa opción de que sea como, “si obvio que esos son procesos opcionales” pero, pero después igual ocupan el espacio de los psicólogos como para muñequear con los pacientes como, “pero usted no está viniendo con psicólogo” entonces también es... es complejo eso. O sea el GES al menos, tienes que tener una evaluación sí o sí, porque se entiende que son pacientes más complejos. Por ejemplo el GES de esquizofrenia. Tienes que evaluar el paciente mucho tiempo, por todos lados, para ver si realmente tiene ese diagnóstico o no. Pero después si el paciente no quiere venir con psicólogo no... tiene derecho a no venir ¿cachai? El tema es que después es como eh... no sé “me están haciendo mal los medicamentos” y es como “bueno pero es que usted también no está viniendo a psicoterapia” entonces ¿cachai? Que también nos ocupan un poco para muñequear, entonces por eso que quisimos ser súper cuidadosos em... en que se viera que había un cumplimiento del requerimiento, pero que no lo estábamos obligándolo a venir ¿cachai? Si no que “si vino, se hicieron las evaluaciones, se vio esto. Tuvo su evaluación psiquiátrica” para allá ¿cachai? Como... a eso me refiero que nos pedían ser más críticos porque... o sea al menos... nosotros no estábamos de acuerdo con esa postura.

Estaba pensando en aquellos aspectos difíciles del proceso con... de tu experiencia con pacientes LGBT que fue una, ¿una vez me dices?

Sí, fue solo una vez

¿Sí?

Sí, me toco solo atender un paciente

Eh... y acá en el COSAM de Quinta Normal tampoco has tenido esa experiencia

No, no. Lo único que yo creo que no entra en este... en este espacio. O no sé, quizás te sirve, pero no sé. Que yo en el COSAM acá eh... trabajo en un programa de rehabilitación psicosocial para personas con trastorno psiquiátricos severos y discapacidad psíquica. Entonces tengo a dos pacientes hombres eh... que se identifican con el género femenino, pero son pacientes psicóticos ¿cachai? Entonces, están ahí... hay una confusión siempre en relación a eso ¿cachai? Como desde lo sexual. Em... y uno en particular en algún momento se estuvo vistiendo de mujer, en su juventud. Pero en un espacio muy privado, cerrado, no salió a la calle y no, no... y tampoco eh... se piensa en un nombre en femenino. Como que es algo que le da vuelta, pero desde su cosa psicótica ¿cachai? Entonces, o sea, al menos yo en el centro, como trabajo con población tan especializada, no tengo posibilidad de atender pacientes de esa población. Porque si llegan van a ser atendidos por otros compañeros. Yo estoy haciendo así, una pega muy específica ahí ¿cachai? Em... y de hecho estaba pensado si había alguno que fuera sistémico que atendiera en... y no hay ninguno. Como para...

Oye, pero ¿tú participas en las supervisiones, de esos pacientes de los otros colegas?

Es que mis compañeros no se supervisan

Ya

¿cachai? Eh... hemos... o sea....

No hay reunión de equipo, reuniones clínicas

No. O sea es que el COSAM es mucho menos riguroso que en el Barros Luco. En el Barros Luco nosotros los psicólogos teníamos 4 horas al mes de supervisión. Que nos juntábamos todos, y de hecho venían de otras unidades. Como que nos juntábamos no sé así 15 psicólogos ¿cachai? y ahí presentábamos casos y claro eh... y no recuerdo ninguno ahora que haya presentado un caso con estas características. Pero acá en el COSAM eh... mis compañeros no... no... o sea yo

al menos he tratado de organizar un espacio pero, pero nunca ha funcionado. Como espacio de supervisión ¿cachai?

Ya

Y ahora ya... yo tengo siete meses de embarazo así que me voy. Y ya quizás a la vuelta armaremos algo, me imagino. Pero ahora no está súper difícil.

Ya. Y estaba pensado, volviendo al caso de esta persona del Barros Luco, de tu paciente. Qué es aquello que dificultó, o aquello que podía ser eh... difícil para ti en ese proceso terapéutico, si es que fue proceso terapéutico, si es que llegó a ser eso. Pero, una de las cosas tal vez es esta entrada institucional ¿no? A través del RUT ¿no? Que en el fondo anula toda la identidad de esa persona...

Claro

La identidad... sentida por así decirlo, no la que... no nuestra identidad que tenemos para el sistema ¿no?

Claro

Quienes somos en el sistema pero no la identidad sentida de esa persona. Y estaba pensando en el tema de la, de la autonomía ¿no? Y que tal vez es una dificultad eh... en algún proceso terapéutico, una persona que realmente no desea estar ahí eh... no, no tiene ningún motivo de consulta levantado em... ¿cómo fue para ti en ese aspecto?

Eh... es complejo porque eso que... yo creo como que uno un poco aprende a lidiar con eso trabajando en salud pública, porque en muchos pacientes que llegan igual. Como...con todos tienes que construir un motivo real de consulta. Porque llegan y uno dice "ya cuénteme porque está acá", "eh... tengo depresión". Y ese es el motivo de consulta ¿cachai? el diagnostico. Entones eh... siento que esta, en este... caso en particular como... era una persona que estaba como dispuesta a atenderse (interferencia 41:26)

●●●Comienzan problemas de conexión la conversación se interrumpe desde 41:26 hasta 42:54. Retoman desde la pregunta anterior.●●●

Claro. Entonces la pregunta era eh... que, que... si pudieras sintetizarme cuales eran aquellas cosas difíciles para ti con ese, con ese paciente en el fondo.

Ya. Como considerando lo institucional, todas esas cosas que habíamos hablados antes

Sí

Em... primero, lo que me paso es que me costó mucho em... no sentirme culpable, por haber hecho esto de llamar por un nombre femenino y era masculino, no sé. Eso fue muy extraño como... al menos yo me sentí interferida por eso, y que además él me decía, me dijo al tiro “no, no hay problema. Si es algo que me pasa siempre”. Entonces fue como “pucha” pero justamente en este espacio tiene que ser distinto. Entonces eso me costó, como nivel personal. Em... en segundo lugar cómo también “cachar” que eh... como yo no estaba preparada para eso, entonces también desconocía el protocolo, como que traté de hacer una exploración eh... lo más em... sintética posible porque además, él estaba al tanto de los que teníamos que hacer nosotros y nosotros no. Entonces también eso fue como... fue súper raro ¿ya? Me decía “sí porque lo que tengo que hacer acá es que ustedes me evalúen para que me den la interconsulta para endocrinología” entonces era así como “ah ya...” ¿cachai? igual como cero preparación. Entonces todo eso también fue muy raro eh... como que podría haber hecho un abordaje súper distinto también. Como haber partido distinto, bueno

¿Distinto cómo crees tú?

Por ejemplo si yo hubiese sabido que esta persona viene con este objetivo, yo también tengo... o sea, puedo ya ofrecerle otras cosas, como “mira, después de esta hora conmigo, vamos a conversar sobre esto. La idea es conocerte, sacar la mayor cantidad de información para poder hacer un informe que complemente

esta interconsulta que te vamos a hacer, y saliendo de acá yo te voy a tener una hora lista con psiquiatra” ¿cachai? Como algo así ¿me entiendes? Si yo hubiese sabido que este paciente llega, entonces yo me adelanto y busco una hora con psiquiatra y se la paso ahí mismo en la sesión ¿cachai? Como tratar de ser un poco más... menos torpe ¿cachai? Como que siento que se notó que estábamos dando una atención súper torpe con esto.

Ya

Como si ya tiene que ir al hospital, la idea es que sea un poco más expedito, no. Eh... y al respecto de que no tuviera muchos motivos para conversar conmigo, ni que hubiese... o que la persona no definiera un motivo claro, como te decía al principio en general, nos pasa hartito eso en el nivel secundario. Que los pacientes vienen derivados desde atención primaria sin motivo

Ya

Como... como que el problema tiene nombre, el nombre que le puso el médico ¿cachai? Pero no... no... no es como “estoy deprimida porque tengo todas estas situaciones en mi vida que llevan a esto” ¿cachai? Em... entonces creo que en ese sentido, como que pude al tiro funcionar rápido y no estuve atrapada con intentar buscar un motivo, o no sé qué. Si no que entendí rápido que esta persona no... venía a psicoterapia ¿cachai? Ni que a nosotros lo ayudáramos a dilucidar o a entender algo ¿cachai? Tampoco, Como venía con todo listo. Entonces siento que las dificultades fueron más como desde lo institucional, como lo torpe que fuimos em... que yo podría haberlo abordado mucho mejor. Pero con esto de no tener motivo, fue algo que quizás, al menos para mí, fue más fácil porque nos pasa mucho eso ¿cachai? Como que la gente llega diciendo un motivo y uno tiene que empezar ahí a escarbar. Solo que con él yo entendí rápidamente que estaba de paso en el servicio ¿cachai? No es como un paciente con el que hay que problematizar, intentar que se dé cuenta ¿cachai? Creas un motivo para trabajar, no. Con él no.

●●●*Interferencia por factor externo, la conversación se detiene por un momento*
47:24 – 47:52●●●

Oye y tú crees que... Como psicólogas y psicólogos ¿tenemos que saber de estos temas? ¿Hay que prepararse?

Sí

¿Sí?

Si. Em... en algún momento pensé, porque yo nunca he trabajado con adolescentes ¿cachai? ni con niños. Pero en algún momento em... pensé que en realidad los que trabajamos con adultos no era tan necesario ¿“¿cachai?”? Porque como que el grueso de esta población tiende a ser más joven, en ese tiempo, pero ahora como mirándola en retrospectiva, deberíamos todos tener una formación en eso en el pregrado. Cómo... eh... como que siento que las mallas tienen que actualizarse rápidamente. Igual yo soy bien pesimista, como no hay ninguna malla en Chile que tenga cátedra en Derechos Humanos, por ejemplo. Cuando debería haber. La universidad de Tarapacá tiene una, que es como un electivo, pero no hay. Entonces siento que esto tiene que ser un... tiene que haber una forma más fácil de llegar a eso ¿cachai? Que nosotros podamos tener formación en el pregrado, al menos nociones, porque al lugar donde te vayas a trabajar, siendo clínico te va a tocar atender a alguien que pueda llegar con alguna dificultad. Sobre todo los que trabajan en colegios, por ejemplo ¿cachai? Los psicólogos educacionales. Que no necesariamente eh... se especializan en clínica, pero que están en contacto con comunidad escolar dónde eso pasa ¿cachai? Y es súper evidente, entonces eh... no sé, mi mamá es “profe” y... es “profe” de violín, entonces hace clases en un liceo artístico. Y están acostumbrados a... a que los cabros vayan con el pelo que quieren ¿cachai? Como... como que son gente muchos más flexible al respecto de las normas, en general eh... pero cuando llegan alumnos que manifiestan, no sé cómo... eh... no sé, alguna orientación sexual no esperada para lo que ellos están acostumbrados

o que alguien manifieste tener un género distinto al, al sexo biológico o algo. Los profes no saben qué hacer, los psicólogos tampoco, como que se quedan todos así... como que llaman al apoderado, no sé hacen cosas como raras ¿cachai?

Ya

No sé, eso es muy extraño. Eh... entonces siento que quizás teniendo un poco más de conocimiento desde el pregrado, puedes afrontar mucho mejor una situación así, aunque no vayas a ser psicólogo clínico. Si te dedicas en lo laboral, o sea en lo educacional.

Ya

Y también porque... eh... creo que es un espacio súper... como poco visibilizado de las necesidades que pueden tener las personas LGTBI y que no necesariamente tienen que ver con un... abordaje clínico, si no que tienen que haber abordaje comunitario con relación a esto ¿cachai? Organizacionales em... creo que, que no solamente los clínicos tiene que abocarse al trabajo con, con... o conocer esto, que se hace con una persona eh... que te manifiesta algo que tu no esperas ¿cachai? Eso

Y eso a todo nivel de diversidades, tal vez diversidades funcionales eh... diferentes etnias...

Por supuesto. O sea, como ser pertinente culturalmente ojalá, en todos los ámbitos que se pueda ¿cachai?

Encuentro que es súper interesante eso que dices tú eh... que de hecho a mí no, no lo había pensado últimamente. Que esto de sacar o no encerrar a la persona LGBT en el ámbito de la psicología clínica. Porque tal vez ahí hay una premisa de que... heredera de esto de que hay un problema ¿no?

Claro

Un problema relacionado con la orientación sexual o la identidad de género.

Problema psicológico

Claro. Como que claro que eso lo tiene que ver un psicólogo clínico

Que eso nos compete a los clínicos...

O sea claro, el otro día escuchaba un “podcast” de unas chicas que las dos son lesbianas eh... y uno de los capítulos se trataba de cómo habían salido del closet.

Ya

Entonces eh... ellas ahora de 30 años, como mirándolo con mucha ternura de cuando eran niñas. Entonces una dice “bueno yo desde siempre supe que era lesbiana cuando lo conté estaba en séptimo” eh... “y me llevaron a un montón de psicólogos y psiquiatras, durante mucho tiempo. Entonces ella decía que se había sometido a eso, pero siempre sabiendo que hicieran lo que hicieran sus papás y las evaluaciones que le hicieran ella se imagina la adultez viviendo con una mujer ¿cachai? Como que no... en ningún momento se lo cuestionó. Em... y la otra porque eran compañeras de colegio. La otra salió del closet un rato y como la... y como su amiga ya estaba fuera del closet y se dio cuenta lo mal que la trataban en el colegio ella se volvió a meter ¿cachai? Entonces yo después pensaba y decía pucha. Si eso hubiese sido abordado desde la comunidad escolar desde una manera distinta, lo más probable es que también se hubieran ahorrado un montón de maltratos. O sea a una de ellas la echaron del colegio por que la pillaron de la mano con su polola, como cosas así. Eh... yo decía, que tiene que ver los psicólogos clínicos acá. Esto lo tiene que abordar otras personas ¿cachai? Porque justamente como se patologizó no se abordó adecuadamente. Podría haber sido desde otro lugar ¿cachai?

Sí

Imagínate como es para las personas que tienen otra identidad de género ¿cachai?

Claro

Entonces así. Yo al menos...

Pero dentro del box, crees tú em... ¿Qué nos compete a los clínico y a las clínicas en la psicoterapia en diversidad sexual? O con pacientes de la diversidad sexual ¿Qué es lo que te sientes interpelada a hacer en el box? Para qué, para que estamos en el fondo?

Para qué estamos, que buena pregunta. Em...

Si es que debiéramos estar

Sí. O sea si la persona quiere deberíamos estar ¿cachai? Em... pero me queda la duda si efectivamente nuestra pega es como... em.... es que creo que hay dos cosas distintas. Puedo estar súper equivocada, una cosa es cuando... eh... una cosa es cuando, cuando llega un paciente a tu consulta o alguien que tú vas a atender y que te manifiesta en ese momento, no sé una identidad de género distinta, o que es una dificultad para esta persona poder afrontar esta situación ¿cachai? Em... porque ha tenido dificultades familiares o porque no lo acepta, porque ¿cachai? Que es como otra cosa, que creo que ahí nosotros como clínicos estamos ahí, puestos al servicio de poder ayudar a tramitar ese malestar ¿cachai? Como... e incluso desde la perspectiva que sea, creo que eh... desde la que sea puede ser em... como necesaria, como acompañar... para acompañar ese proceso. Si la persona llega con ese problema como claro ¿cachai? “Vengo para acá porque me está pasando esto, no sé cómo abordarlo” ¿cachai? Distinto es cuando a tu consulta llega alguien con eso ya tramitado, y hay una dificultad asociada a eso. Por ejemplo, no he podido encontrar trabajo o perdí contacto con mi familia em... o tengo muchas dificultades... o soy casado o casada y me di cuenta de esto ahora ¿cachai? Como que... eh... siento que podemos estar interpelados desde distintos lugares, dependiendo del, del proceso en el que está la persona ¿cachai? Y creo que hay otro espacio también, que, que puede ser desde lo clínico, que es em.... Como todo el trabajo que se hace desde reparación

a personas LGBTBI que han sido maltratadas “¿cachai?” O que han sido violadas en sus derechos humanos y que ahí también hay otra... otro ámbito. O sea, las trabajadoras sexuales “¿cachai?” Que es la única pega que pueden hacer. Em... niños, no sé, maltratados en el colegio, que se les ha hecho “bullying”. No sé cómo que siento que hay un ámbito de reparación, uno que es como de tramitación de la dificultad y otro que es como de acompañamiento ¿cachai? y deben haber muchos más, si yo... o sea estos son los que se me ocurren ahora em... pero creo que como que la interpelación puede venir también hartito desde lo que.... Desde lo que uno... de lo que uno le llega de la dificultad “¿cachai?” Como, no sé cómo decírtelo pero... em...

Una cosa bien intuitiva

Intuitiva y además como... personal ¿cachai? Como... eh.... Si yo... por ejemplo yo, me he dado cuenta que siempre trabajo desde el lado del oprimido ¿cachai? Entonces lo que a mí me hace más sentido, es trabajar con la gente en reparación ¿cachai? Porque siento que me podría mover mejor en ese ámbito. Eh... pero quizás hay alguien que le hace sentido... entonces siento que la interpelación también tiene que ver como de la, desde la postura que uno tiene en respecto de eso ¿cachai?

La posición, como el posicionamiento ético y político

Sí. Ético y político de todas maneras de... de como uno está viendo esa situación ¿cachai? Em... si yo fuera psicóloga educacional, lo más probable es que estaría peleando que a esos niños no se los eche y que los dejen como... ir con la ropa que quieren, como que se dejen el pelo largo y todo ¿cachai? Más que como citar a los papás y hacer toda esta como... trabajo. No sé estoy pensando, me imagino y yo me sentiría más interpelada en que se respeten sus derechos que otra cosa ¿cachai? Em... eso

Sí me quedé pensando eh... tus pacientes de Quinta Normal ¿Si?

Sí

Su... eh... aspecto de la diversidad sexual es que ¿es una identidad que va y viene? cómo se trabaja ahí ¿No se considera que es real? Cómo fue eso...

No, o sea siempre... es que, es que al final al menos como el trabajo con psicosis em... independiente que sea real o no, la persona está angustiada por eso. Entonces, trabajemos con eso. O sea tengo un paciente que siente que hay un satélite que lo sigue y hablamos de eso "caleta", como de ese satélite. Pero... no, o sea con, con los dos que atiendo em... uno de ellos me revela que se siente muy identificado con las mujeres y que el mucho tiempo pensó, que era como que las admiraba y estaba muy enamorado de las mujeres, pero después se dio cuenta que él quería ser así ¿cachai? Em... y no lo tiene tan claro como... y las únicas parejas que ha tenido han sido hombres, entonces para él es como, como que el fuera homosexual. Pero su identidad de género, aunque se vista del hombre es de una mujer, como... pero no alcanza a pensarse un nombre, igual que el otro ¿cachai? Em... y con él trabajamos... porque eso tiende a ser una dificultad en ciertos momentos, en otros momentos sus dificultades son otras cosas, son cómo problemas en la casa em... de repente toma, entonces como que se vuelve un problema "¿cachai?" Y después volvemos a este otro espacio. Em... pero en un momento pasó, que este paciente em... porque él iba semanal con migo, a atenciones. Entonces él en un momento bebió mucho alcohol, porque él tiene un alcoholismo sintomático. Entonces cuando él está muy psicótico bebe, para manejar los síntomas psicóticos. Entonces le pasó que tuvo una pelea en la casa y empezó a escuchar voces, a escuchar voces y... se tomó no sé tres litros de cerveza y quedó mal, muy mal y en eso empezó a llamar por teléfono a otras personas a otros usuarios del programa y les dijo a todos que estaba enamorado de mí ¿cachai? Como... una cosa muy inadecuada, después no lo reconoció. Bueno un montón de dificultades. Entonces le cambiamos terapeutas y se empezó a atender con un hombre ¿cachai?

Ya

Eh... porque en el programa somos tres mujeres, entonces decíamos, bueno si él tiene como toda esta confusión con su identidad. Quizás tenemos que empezar a intencionar las atenciones con hombres, para que él pueda contrastar si efectivamente esto que le pasa, que dice que está enamorado de mí, esta admiración que tiene con las mujeres y no amor o es sólo el vínculo terapéutico que lo hace dudar. Porque él está ahí siempre en el límite, se pasa para un lado o para el otro. Em... y sí con él, con este terapeuta, que era el técnico en rehabilitación en realidad. Entonces fue como, “usted no puede dejar de beber, se va a atender con un técnico en rehabilitación de drogas” “¿cachai?” Como que fue Súper así... dirigido, no nos cuestionamos el motivo de consulta nada “ya chao”. Porque si no, o sea yo no podía seguir atendiéndolo después de esa revelación, todo fue muy raro. Y claro con él le logró decir cosas que a mí no me decía

Ya

O sea a él le dijo que efectivamente eh... se sentía solo, que quería una pareja eh... que a mí no me las decía ¿cachai? A mí nunca me dijo eso. Entonces fue súper... en ese espacio dijimos como mira, parece que en realidad tenemos que tratar de buscar otras alternativas con estos pacientes porque, finalmente él se dio cuenta de que toda esta cosa de admiración que tenía hacia mí, todo. Era porque en realidad yo lo acompañaba ¿cachai? No era que estaba enamorado.

Sí

¿Me entiendes? Era que estaba acompañado

Si. Ahí se me...emmm... configura y mezclan dos elementos de ese caso. Que es por un lado el tema de la psicosis y por otro lado el tema del dinamismo y fluctuación de su tema de identidad de género y sexual. Qué, si le quitamos el elemento psicótico eh... saquémosle perturbador, por ejemplo- Crees tú

Sí. Lo que pasa es que claro el elemento más psicótico ahí es que él... cuando empieza a tener como...o se empieza a proyectar como mujer y o como teniendo

una pareja hombre “¿cachai?” Y todo esto como eh... porque además yo en algún momento le dije “pero si tú te identificas con el género femenino y te gustan los hombres, entonces no es homosexualidad” “¿cachai?” “¿Qué sería?” y me dijo “ah bueno sí puede ser” como “claro no sería homosexual, cuál sería el problema entonces” “¿cachai?” Como... porque claro pero él en general se acuerda de su papá, que como él no tenía polola le decía “maricón” “¿cachai?” Y, Y que siempre eso ha sido como una dificultad, entonces él en sus periodos más psicóticos tiene pesadillas y se imagina como el papá y un ojo gigante “¿cachai?” Como que eso para él es muy perturbador, más que cualquier otra cosa “¿cachai?” Esto de sentir que defrauda a la familia. Que eso no lo tiene tan tramitado tampoco eh... se siente muy culpable él, de no haber sido cómo los papás esperaban. Eh... los hermanos de él lo culpan a él de la muerte de la mamá “¿cachai?” Porque fuiste siempre loco...

Aquí se mezclan hartas cosas que...

Sí

Es las eh... las dificultades que tal vez nos acarrea a los terapeutas en un sistema binario, que se yo, héteronormado eh... lidiar con, con las no definiciones tal vez de nuestros pacientes...

¡Sí! Y el otro caso, el R. El R es mucho más desorganizado. Mucho más desorganizado. O sea el R es el que en algún momento se vistió de mujer, en su casa, pero... el R... R tiene una pareja que es la T y ellos son pareja hace 20 años. R tiene 58, claro. 20 años de pareja. T también tiene esquizofrenia, y em... ellos se conocieron en un COSAM en Estación Central. Y los dos, así medios abandonados por la familia, con mucha precariedad... o sea están en muy malas condiciones. Y em... R, los hermanos le pasaron una casa que tenían en Quinta Normal, para que R viviera ahí, que es una casa que es un sector de Quinta Normal donde la droga es así... “heavy” “¿cachai?” Mucho traficante, no todo mal. Entonces ellos se fueron a vivir para allá y... y claro, les, les cambiaban las

pastillas por “cuestiones” por comida “¿cachai?” Entonces se dejaron de tomar los medicamentos los dos, andaban los dos súper locos, todo mal. Entonces pasó como, este caso de esta pareja al Comité de discapacidad del Servicio y se movilizaron así, y lograron encontrar un hogar en Lo Prado, donde pudieran estar los dos en una misma pieza. Porque primero, no todos los hogares son mixtos, y no todos los hogares permiten que hayan parejas. Entonces ellos están en un hogar, dónde tienen su pieza, con una cama matrimonial, con sus cosas, como, como una pareja normal “¿cachai?” Y viven juntos, comparten la vida juntos, pero no... em... como, como que en algún momento de su relación de pareja tuvieron relaciones sexuales y después dejaron de tener “¿cachai?” Como que se... fue un consenso de los dos y todo, y porque una vez la T pilló a R vestido de mujer. Entonces eso generó un quiebre y R le prometió que no lo iba a hacer nunca más. Y así, de eso han pasado no sé 15 años “¿cachai?” Como mucho tiempo. Y resulta que R que es mucho más desorganizado, pasa que por ejemplo, la T se pone un polerón del él, y el R piensa que le está robando su identidad “¿cachai?” Entonces él piensa que si después se pone ese polerón se va a sentir mujer “¿cachai?” Como mucho más desorganizado.

Claro

Em... el Ro... de hecho el mito fundacional que tiene de su enfermedad, porque él fue diagnosticado... todos estos pacientes fueron diagnosticados en dictadura, entonces imagínate como que le dieron el diagnóstico y para afuera. ¿cachai? O, o muchos años encerrado y así, entonces es gente que también ha sufrido violación a los derechos humanos sin darse cuenta, básicamente. Y eh... el R en un momento él... entre que yo me imagino, porque tenía como 18 años, tiene que haber estado muy psicótico y bueno para el “carrete” “¿cachai?” Cómo entre tomando y loco y en eso, tuvo una relación sexual con un hombre. Entonces él dice que esa situación eh... le robó su ego masculino. Y por eso él se siente mujer “¿cachai?” Entonces siempre él trae a sesión eso, cómo... cómo que por ejemplo

él me dice así como “para masturbarme tengo que pensarme vestido de mujer, porque si no, no, no me excito” “¿cachai?”

Y eso ¿es significado como un problema para ellos? ¿Lo viven angustiosamente?

Él lo vive súper angustiosamente

Ya. Y ahí tu rol... ¿o que te sientes invitada a hacer en esos... como para poder trabajar esas ansiedades?

Con el R es difícil porque eh... por que el R... o sea el R creo que es una de las personas más paranoides que yo he conocido. Y yo trabajo hace años con personas con psicosis y el R es como la esquizofrenia encarnada. Entonces es muy difícil trabajar con él eso. Cómo, él tiene todo... o sea esto es una de las cosas que él tiene, pero por ejemplo, él nació el 25 de diciembre y él siente que es el sucesor de Cristo. Que por eso la gente los persigue, porque le quieren hacer daño, o sea tiene un delirio místico y religioso y además un delirio de persecución súper sistematizado, además de esta otra cosa. Entonces cuando uno trata de trabajar con él eso, focalizado así súper directo, entra todo el rato, todos los otros focos cómo delirantes que él tiene. Entonces em... y no son delirios que están encapsulados, son cosas que están ahí todo el rato “¿cachai?” Como en la conversación con él, em... por ejemplo... Mira el R como siente que todos los persiguen y lo envidian porque es el sucesor de Cristo y por eso le quieren hacer daño, entonces hay una organización de personas que, que son una dictadura subterránea que lo persigue, porque quieren deshacerse de él “¿cachai?” Porque lo envidian. Entonces, él siempre anda con todo súper guardado para que no le roben “¿cachai?” Y usa unas chaquetas que tiene bolsillos por dentro, invierno y verano. Entonces de repente él llega así, enero Santiago, como un calor terrible, en micro “¿cachai?” Con esas tremendas “parkas” y sudado así “¿cachai?” y sudado me dice “señorita, necesito un vaso de agua porque en la micro todos me

miraban, todos me querían hacer daño” no sé qué. Y yo cómo “R, pero obvio que te están mirando porque vienes con “parka”” “¿cachai?”

Y él no logra salir de eso, no logra decir “ah claro si, yo estoy haciendo algo muy loco” o cómo “si “po” esto igual, cualquier persona la miraría”. No El no sale de eso, entonces es muy difícil con el trabajar eso. Más que... lo hemos trabajado en conjunto con la terapeuta ocupacional, con que él tenga una rutina para poder vestirse de mujer, porque él dice que eso lo alivia harto, lo alivia harto “¿cachai?” Que pueda tener un espacio. Entonces, por ejemplo yo trabajo con él, eh... que él pueda hacer actividades como desvinculadas con la T, porque hacen todo junto con la T todo. Así uno tiene que ir al médico, el otro lo acompaña y están todo el día juntos. Entonces que pueda tener actividades distintas a la T. Y ahí lo que hicimos en el programa fue cómo ofrecerles talleres y cosas, separados “¿cachai?” Que no vayan juntos, entonces que se tengan que mover separados en metro y el micro “¿cachai?” Como tratar de fomentar una independencia, para que él pueda tener espacio íntimo “¿cachai?” Y la terapeuta ocupacional lo... lo ha orientado, por ejemplo, porque ya no tiene ropa de mujer, entonces tendría que comprarse “¿cachai?”. Entonces hacen como un plan de gastos, para que él pueda tener un ítem y comprarse ropa de mujer. Le da vergüenza todavía, no...no... porque tendría que compararse la en la feria “¿cachai?” Entonces, todavía no llegamos a eso, pero nosotras lo hemos planteado como mira... la terapeuta, la F me dice “yo puedo ir con él a la feria y compramos la ropa” “¿cachai?” Y que él se... entonces eh... en general cómo le tenemos que prestar tanta cabeza, a él para que pueda cómo solucionar esto. Porque él dice que vistiéndose de mujer se sentiría aliviado y sería algo bueno para él. Pero no logra hacerlo, entonces hemos hecho cosas súper concretas y conductuales. Yo creo que ya no entro en ese espacio de poder entender eh... y que él se visualice, o poder saber o sea no. Ya es una cosa así muy concreta. Cómo usted se quiere vestir de mujer vamos todo lo que podemos hacer para que usted logre hacerlo

“¿cachai?” Porque no podemos hacer más. O sea, no, no nos da para más. Si él es... es súper buen paciente, pero es muy complejo. Es muy complejo

Sí

Toda su situación

Te gustan los casos difíciles, parece. Te ha llevado la vida profesional a relacionarte con hartas complejidades humanas

Sí siempre me ha gustado trabajar... o sea sí con mis pacientes sí. Con... especialmente con los pacientes psicóticos. Siempre ha sido... me siento súper sensible al trabajar con ellos, entonces como que... en realidad no me veo haciendo otra cosa. Me gusta, o sea... por ejemplo en el Barros Luco a mí me gustaba mucho atender eh... los pacientes que atendía ahí “¿cachai?” Em... y no te niego que de repente a mi igual... de repente me gustaría no estar atendiendo tanto paciente psicótico “¿cachai?”

Ya

Sí, porque uno normaliza cuestiones, empiezas a normalizar cosas que son muy locas. Entonces igual yo siempre estoy tratando de como de supervisar un poco lo que hago, porque si no es muy...

Y has visto eh otras personas de la diversidad sexual en el Barros Luco o en el Quinta Normal en el COSAM

En el COSAM sí he visto... Sí he visto, o sea he visto que llegan pacientes. Pero yo no los he atendido ni... ni nada y los compañeros que están atendiendo pacientes eh... como de la diversidad tienen otras orientaciones. Soy yo, yo soy la única Sistémica

Ya

Entonces, así como para recomendarte al alguien para que lo entrevistes. Y en el Barros Luco la... la psicóloga que se especializó, tiene orientación más Cognitivo Racionalista

Ya

Entonces no... tampoco y creo que yo me fui y ya no hay nadie Sistémico. Como yo era la única y parece que la persona que llegó no es Sistémica

Ya. Que loco siendo un enfoque tan comunitario

Sí, es que... o sea lo tenían como requisito pero... pero el sueldo es tan penca que no llegó nadie. Entonces tuvieron que seleccionar al que estaba dispuesto también a trabajar por tan poquita plata “¿cachai?” En general eh... pagan mal en los hospitales no se paga bien, es harta “pega” y no vale... no...

Sí

“¿cachai?” O los que están dispuestos a trabajar es gente que lleva poco tiempo de egresado entonces no necesariamente tiene una especialización “¿cachai?” Eh... por eso...

Yo creo que con todo lo que hemos conversado tengo hartos insumos, hartas cosas para, para analizar. Em... si fue súper interesante la conversación

Hay que bueno, ojalá que te sirva mucho

Cierre y despedida de la conversación 01:19:36 hasta término de la grabación 01:20:54

Consentimiento Informado




Departamento de Psicología
CARRERA DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“LOS DISCURSOS DE TERAPEUTAS SISTÉMICOS/AS RESPECTO DE LA PRAXIS CLÍNICA CON CONSULTANTES LGBT, EN CONTEXTOS DE ATENCIÓN PÚBLICA EN LA CIUDAD DE SANTIAGO”

I. INFORMACIÓN

Estimada/o:

El presente documento tiene por objetivo entregar toda la información necesaria para que pueda decidir si desea participar o no en una investigación que se está llevando a cabo.

Nos dirigimos a usted con la intención de solicitar su colaboración en la realización de un estudio que se titula “Los discursos de terapeutas sistémicos/as respecto de la praxis clínica con consultantes LGBT, en contextos de atención pública en la ciudad de Santiago”, desarrollado para la obtención del grado de Magíster de la investigadora Pia Vallejo Laiz, psicóloga y estudiante de Magíster de Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile. La profesora patrocinante de la tesis es Claudia Rojas Awad, académica del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile.

El objetivo principal de la investigación es comprender los discursos de psicólogos/as que se desempeñan en el ámbito de Salud Pública en la ciudad de Santiago, respecto de la práctica clínica con consultantes LGBT. De esta manera, se pretende que los resultados de la investigación contribuyan en retroalimentar la práctica clínica y los lineamientos propuestos para el trabajo terapéutico con esta población, con el fin último de contribuir en el desarrollo de una praxis inclusiva y situada, que facilite una mayor equidad en el acceso a Salud Mental de dicha población.

Usted ha sido seleccionado/a para participar en este estudio, debido a que cumple con los criterios muestrales de inclusión propuestos en la investigación.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en la realización de una entrevista individual en profundidad, autorizando la grabación en audio de esta entrevista así como su posterior transcripción.

Riesgos: Este estudio no implica ningún daño o peligro para su salud física o mental. Su participación tampoco involucra costo económico.

Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045 *Ñuñoa *Código Postal 685 033 1 *Santiago *Chile
Fono: 29787816 *Fax: 29787819 *email: scpsicologia@facso.cl * Casilla 10.115 Correo Central
www.facso.uchile.cl/psicologia

Confidencialidad: Todos los datos y materiales serán confidenciales y mantenidos en estricta reserva en los computadores personales de la investigadora, los que serán guardados por 5 años, tras lo cual serán eliminados. Para proteger su identidad, en las presentaciones y publicaciones de esta investigación, se le asignará un seudónimo. Su nombre real no será utilizado en ninguna publicación y todo detalle personal que pueda identificarla será eliminado.

Conocimiento de los resultados: Los resultados finales de la investigación serán utilizados únicamente con fines académicos o investigativos (publicación de tesis y artículos científicos, presentaciones en congresos). Usted tiene derecho a conocer los resultados si así lo solicita. Para ello, se le pedirá a usted un correo electrónico o teléfono de contacto, por medio del cual se le invitará a una reunión informativa de los resultados globales de la investigación.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente libre y voluntaria. Puede aceptar o negarse a participar ahora o en cualquier momento de la investigación, sin que esto tenga ninguna consecuencia positiva o negativa para usted.

Datos de contacto: Si tiene cualquier pregunta como participante de este estudio y requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable de este estudio:

Pia Vallejo Laiz

Teléfono: (56) 9 42939859

Correo Electrónico: pia.vallejo.laiz@gmail.com

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, acepto participar en el estudio "Los discursos de terapeutas sistémicos/as respecto de la praxis clínica con consultantes LGBT, en contextos de atención pública en la ciudad de Santiago".

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora

Lugar y Fecha: _____