

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: “Perspectiva de género en la práctica clínica: el dispositivo de supervisión”

Alumna: Gomez Coscarella, Noelia Suray

Tutora: Lic. Verónica Fernández

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 24 de Agosto de 2021

## Índice

1.	Introducción .....	4
2.	Objetivo General.....	5
2.1.	Objetivos Específicos.....	5
3.	Marco teórico .....	5
3.1.	Perspectiva de género y diversidad sexual.....	5
3.1.1.	RS y su importancia en la perspectiva de género y diversidad sexual.....	6
3.1.2.	Perspectiva de género y diversidad sexual: definiciones .....	8
3.1.3.	La legislación argentina en materia de perspectiva de género y diversidad sexual. ....	10
3.2.	Psicoterapia aplicada a la perspectiva de género y diversidad sexual .....	12
3.2.1.	Una aproximación a las TTG .....	14
3.2.2.	El abordaje psicoterapéutico con perspectiva de género y diversidad sexual.....	18
3.2.3.	La supervisión entre pares para el abordaje de problemáticas de género y diversidad sexual.....	21
4.	Metodología .....	24
4.1.	Tipo de estudio.....	24
4.2.	Participantes .....	24
4.3.	Instrumentos .....	25
4.4.	Procedimiento .....	26
5.	Desarrollo.....	26
5.1.	Presentación del equipo de profesionales de Diversidad y Género en la institución.....	26
5.2.	Describir la motivación para la creación del espacio de supervisión de diversidad y género, y las problemáticas abordadas. ....	28
5.3.	Describir la dinámica de funcionamiento de la supervisión, el rol del supervisor y la relación que se establece con los participantes del espacio.....	32
5.4.	Analizar la importancia que le atribuyen los terapeutas y los supervisores a la supervisión de casos con perspectiva de género y diversidad. ....	37
6.	Conclusiones .....	40
6.1.	Síntesis del desarrollo .....	40
6.2.	Limitaciones del trabajo.....	43
6.3.	Perspectiva crítica y aporte personal.....	44
7.	Referencias bibliográficas.....	46

8.	Anexos .....	52
8.1.	Entrevista 1: Coordinador Juan.....	52
8.2.	Entrevista 2: Terapeuta Alicia.....	57
8.3.	Entrevista 3: Terapeuta Clara.....	61

## **1. Introducción**

El presente Trabajo Final Integrador surge de la pasantía realizada en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional. La misma se realizó en una institución clínica dedicada a la Formación, Asistencia, Prevención e Investigación en el campo de la Salud Mental, sita en el barrio de Belgrano, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí funcionan diferentes espacios y actividades a lo largo de la semana, a saber: admisiones de nuevos pacientes, supervisiones de casos evocados por los profesionales tratantes que integran los equipos Clínicos, de Terapia Dialéctico Comportamental (DBT), y Diversidad y Género. También se dictan talleres grupales de entrenamiento de habilidades para pacientes y padres, y charlas de orientación para padres. Por otra parte, cuentan con espacios de formación para profesionales como ser Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Terapia Dialéctico Comportamental, Neuropsicología, Entrenamiento en Habilidades y de Psicología Positiva, entre otras.

Dada la situación social mundial producto de la pandemia (COVID-19), la práctica se realizó en modalidad virtual, asistiendo mediante la plataforma Zoom a los espacios de reunión y supervisión de profesionales del espacio clínico, DBT, y Diversidad y Género. A ello se sumó la asistencia a los espacios de formación, facilitados por la institución, de Psicología Positiva, Psicoterapias Cognitivas contemporáneas, Género y Diversidad: fundamentos conceptuales y herramientas clínicas, y Neuropsicología.

La temática elegida y desarrollada en el trabajo que aquí se presenta, se orienta al análisis del espacio de supervisión de profesionales dedicados a la atención clínica de pacientes cuyas consultas tienen su raíz en temáticas con perspectiva de género y diversidad sexual. El interés por ella surge de la necesidad de visibilizar los espacios que se dedican a la formación y asesoramiento de profesionales, cuyo abordaje clínico se orienta específicamente a un tipo de población que se identifica como minoría/disidencia sexual y de género. Como se verá a lo largo del trabajo, estos espacios de capacitación y acompañamiento de profesionales en éste área en particular, son escasos pero de vital importancia para evitar perpetuar aquellas formas de violencia social que son reproducidas por el Sistema de Salud, y en particular por el Sistema de

Salud Mental, y que obstaculiza el acceso de las personas que pertenecen a las minorías/disidencias sexuales y de género.

## **2. Objetivo General**

Analizar las problemáticas abordadas, la dinámica de funcionamiento y la importancia de la supervisión de casos con perspectiva de género y diversidad sexual.

### **2.1. Objetivos Específicos**

Describir la motivación para la creación del espacio de supervisión de diversidad y género, y las problemáticas abordadas.

Describir la dinámica de funcionamiento de la supervisión, el rol del supervisor y la relación que se establece con los participantes del espacio.

Analizar la importancia que le atribuyen los terapeutas y los supervisores a la supervisión de casos con perspectiva de género y diversidad.

## **3. Marco teórico**

### **3.1. Perspectiva de género y diversidad sexual**

Para poder comprender la perspectiva de género y la diversidad sexual en psicoterapia, es necesario situar estos tópicos como producto de los extensos desarrollos -sociales, psicológicos, históricos, entre otros- que responden a los diferentes contextos -y su lógica de mercado- en los que los seres humanos se desenvuelven, desde una mirada crítica y constructiva. Por ello, se considera que debe introducirse el concepto de representaciones sociales (RS) que fue acuñado por Moscovici en el año 1961. Pero antes de pasar a esa explicación, es necesario comprender el concepto de construcción social de la realidad, de Berger y Luckmann (1986). Según estos autores, la realidad se construye en una relación dialéctica entre el sujeto y su medio, donde el sujeto vuelca sus subjetividades –procesos y significados- al mundo, a la vez que internaliza lo objetivado por aquellas personas que componen su medio, con quienes está relacionado de forma ininterrumpida y con quienes el flujo de información es fundamental. Es decir, que el sujeto en cuestión no es simplemente una pieza más de la realidad, sino que es el principal componente para que la misma se construya. Al desarrollar el concepto de las RS se apreciará que, en conjunto con el concepto de construcción social de la realidad indicado, representan algunas de

las principales aristas en torno a la cual gira la perspectiva que aquí se presenta y las problemáticas psicológicas que surgen en el trabajo terapéutico.

### 3.1.1. RS y su importancia en la perspectiva de género y diversidad sexual

Las RS son entendidas por Moscovici (1961) como un concepto en el que confluye tanto una mirada psicológica como sociológica, ya que las considera como un conjunto de conocimientos que organiza la realidad física y social, siendo una actividad psíquica que le permite a los sujetos entender esa realidad e incorporarse así en un grupo o en una relación de intercambio con los demás. Si bien tienen su fundamento en las representaciones colectivas de Durkheim -que no son solo la suma de representaciones individuales, sino que se despliegan más allá de lo particular de la sociedad o de la época, teniendo como función la de homogeneizar el pensamiento y la acción de los sujetos-, las RS de Moscovici incorporan la dimensión social del pensamiento en la construcción y comprensión de la realidad. Por lo tanto, introducen la función relacional de las RS, al incluir la interacción e intercambio de los sujetos en la producción de esas representaciones, otorgándole un carácter práctico –o de sentido común-, constructivo y dinámico, que va evolucionando según el contexto, es decir, según el momento socio-histórico-cultural en el que son concebidas. Es por ello que las RS deben ser comprendidas y caracterizadas según: 1) el contexto en el que son concebidas, 2) el intercambio comunicacional del que son parte, y 3) su función en el intercambio con el mundo y los otros (Jodelet, 1986; Moscovici, 1961). Jodelet (1986) remarca la importancia de entender que las RS están enmarcadas en la relación entre un contenido (imágenes, actos, etc.) y un objeto, o entre un sujeto y otro sujeto, entendiéndose entonces que las RS son representaciones de algo o de un sujeto. Con lo cual no son una copia fiel de lo real o de lo ideal, sino que a través de la RS se establece la relación que existe entre aquello que se quiere representar y la realidad.

La pregunta que surge a continuación es ¿Por qué es necesario hablar de RS en perspectiva de género y diversidad sexual? Esto es porque, desde estas perspectivas, se intenta construir RS que incluyan las diferentes formas existentes de concebir el género y la sexualidad. Actualmente, ambas perspectivas se enmarcan dentro de las luchas políticas y sociales fundamentadas en los derechos humanos, a partir de las teorías de género -cuyo auge fue en los años 80- y, las teorías y estudios *queer*, originadas en los años 90 (Erol & Cuklanz, 2020). Si se

traduce queer de su idioma original, que es el inglés, su significado es *extraño, raro, fuera de lo normal*. Esa es la razón por la cual este término es utilizado, con una connotación positiva, por una parte de la sociedad que no quiere limitar su vivencia personal al ser encasillado según su género o práctica sexual, y por lo tanto rechazan la clasificación del sistema sexo-género según concepciones biologicistas –introducidas más adelante- (Mérida Jiménez, 2002). El concepto acuñado por estas teorías, en parte se basan en las apreciaciones que Foucault (1977) aporta acerca de las relaciones de poder existentes a lo largo de la historia, en torno a la sexualidad y su regulación por el sistema social. Este autor establece que la sexualidad fue acuñada por las grandes civilizaciones como un dispositivo de poder a partir del cual se regulan las prácticas sexuales individuales a nivel global, separando aquellas prácticas *normales* de las *anormales* por medio de RS, prohibiciones y cuestiones morales, por ejemplo. Retrato de ello es la medicalización del placer, a partir del cual se regula la identidad sexual y de género según parámetros biológicos que son dados al momento del nacimiento. Es por ello que tanto estas teorías como las perspectivas introducidas anteriormente, intentan distanciarse del enfoque biologicista de la sexualidad, también llamado paradigma binario/heterocisnormativo/heterocentrista, cuyas RS establecen una relación directa entre los genitales de nacimiento –sexo biológico- y la práctica sexual. De esta manera, el intento de distanciamiento tiene como fundamento las RS que son parte de este paradigma, a saber: 1) que el sexo y el género son equivalentes debido a que las personas se clasifican en cuanto a su sexo anatómico con el cual nacieron -biologicismo-, 2) que debido a ello solo existen dos niveles inflexibles para concebir la sexualidad, es decir, varón y mujer -binarismo-, 3) que la única práctica sexual admitida y “normal” sea la que se da entre varones y mujeres -heterocentrista/heterocisnormativo-, 4) que, por tanto, la práctica sexual es a los fines reproductivos y que practicarla con otros fines se encuentre ligado a las enfermedades de transmisión sexual -ETS-, 5) que a raíz de todo esto, las mujeres y los varones tengan roles, obligaciones y conductas definidas por su sexo biológico, creando también expectativas sociales en torno a ello, 6) que todas las otras formas de expresión de la sexualidad, y del género, queden relegadas y se las entienda como anormales o desviadas, incluso como una enfermedad (Borisonik & Bocca, 2017; Butler, 2006; DELS, 2017).

Teniendo en cuenta lo antes dicho, surgen dos preguntas fundamentales en la elaboración del presente trabajo: ¿Qué se entiende por perspectiva de género? Y ¿Que es la diversidad sexual?

### 3.1.2. Perspectiva de género y diversidad sexual: definiciones

La perspectiva de género tiene su fundamento, según autores como Silva Rosales (2004), en las teorías feministas formuladas a lo largo de la historia, remontando sus orígenes al Iluminismo. Se la considera una forma o mirada académica desde donde analizar y cuestionar los diferentes estereotipos con respecto al papel de la mujer, y por lo tanto del varón, en la sociedad y contexto donde se encuentran inmersos. Es decir que, al definir al género, se lo considera una construcción social, política, histórica y cultural, mediante la cual la sociedad espera que la persona demuestre ciertos aspectos intelectuales, emocionales y conductuales según sus características biológicas sexuales con las que nacieron (Borisonik & Bocca, 2017). Por lo tanto, debe entenderse que la perspectiva de género no solo involucra la discusión acerca de las RS que se tiene sobre la femeneidad, sino también que involucra a las RS de las masculinidades, y es por ello que desde esta perspectiva se trabaja hondamente en la relación social entre ambos sexos (Connel & Pearse, 2018). Es así como, desde la perspectiva de género, se intenta denunciar la desigualdad histórica, política y social percibida entre varones y mujeres, considerando que ésta última ha tenido numerosas desventajas en cuanto al acceso a la educación, salud, trabajo y justicia, entre otros, solo por el hecho de ser mujer, limitando de esta forma su capacidad de desarrollo. Al referirse a la sociedad en general y a la forma en la que se encuentran dadas algunas cuestiones que involucran los derechos de la mujer, se habla de un sistema patriarcal/heteropatriarcal, sexista o machista –como se vio anteriormente-, y a todo aquel que no sea varón cisgénero heterosexual se lo considera *minoría sexual/de género o disidencia sexual/de género*. Esto es porque se denuncia la primacía del varón sobre la mujer y, hasta en muchos casos, que la mujer esté subordinada al varón (Silva Rosales, 2004).

Es así como, desde este enfoque, se persigue la igualdad y equidad en favor de la mujer, a partir de la elaboración de nuevas líneas de trabajo que amplíen sus derechos. A nivel mundial, por ejemplo, los trabajos en pos de la igualdad de género se plasman en hitos como la Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia en Contra de la Mujer de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), donde por primera vez se brinda una definición clara de la violencia

de género considerándola como cualquier acto violento basado en el género que tenga como consecuencias un daño potencial o real de orden físico, sexual o psicológico que limite la libertad de la persona sea en la vida privada o pública (ONU, 1994). También la ONU, más tarde, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 fue parte de la promulgación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995. La misma es un conjunto de políticas de acción para la igualdad de la mujer y la ampliación de derechos de niñas, adolescentes y mujeres a nivel mundial. Es decir, que los gobiernos adherentes a la ONU, y en particular a esta declaración, se comprometen a partir de la misma a realizar acciones concretas en favor de cumplir los objetivos propuestos, a través de políticas públicas, promoción de leyes, etc. (Women U.N., 1995).

Siguiendo la lectura que tiene la perspectiva de género, es posible dar cuenta de aquellas teorías que señalan la diversidad sexual. Butler (2006), exponente en esta línea de trabajo propone, por ejemplo, la *performatividad del género* como explicación de que no existe nada esencial en lo que la persona es, sino que es construido con cada uno de sus actos y en constante interacción con su contexto. Preciado (2002) toma lo indicado por Butler para proponer la *contra-sexualidad*, no como modelo fundacional de un nuevo orden natural, sino como el punto final a la naturalización de la subordinación de unos cuerpos a otros. Por eso, al remitirse al Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina -DELS- (2017), se encuentra que la diversidad sexual es considerada como todas las maneras posibles en que las personas puedan vivir y transitar su sexualidad. Se lo entiende como un constructo político, formado a partir de los debates enraizados sobre políticas sexuales -sobre todo a principios de los 90-, cuyo objetivo principal es el de informar, visibilizar y educar sobre las diferentes aristas de la sexualidad, para que cada persona se encuentre en conocimiento sobre los derechos, libertades y obligaciones de la comunidad lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, queer e intersexual (LGBTQQI+), en tanto derechos humanos (Borisonik & Bocca, 2017). Es decir que, dentro del análisis de la sexualidad, se incluye la crítica hacia los constructos en torno a la orientación sexual y la identidad de género, considerando necesario el cambio de posicionamiento respecto a aquello que se formula, en lugar de derribar la heteronormatividad (Preciado, 2002). A los fines académicos, es útil reconocer de todas formas algunos términos empleados. En consecuencia, se define a la identidad de género como una construcción entre la

autoasignación de cada persona, respecto al género con el que se identifica, y la necesidad de ser reconocida por el entorno. Ello puede coincidir o no con sus características biológicas sexuales de nacimiento, es decir, independientemente de que haya nacido hombre o mujer. La expresión de género, en cambio, es la conducta que emplea la persona para exteriorizar su género en el contexto social en la que se encuentra inmersa. Puede ser por medio del nombre con el que se identifica, la vestimenta que usa, formas de hablar y de relacionarse con los demás, entre otros. Ejemplo de estos dos términos indicados son la categoría de cisgénero -aquellas personas cuyo sexo biológico se corresponde con el género con el cual se autoperciben, sienten y expresan-, y transgénero -aquellas personas que se autoperciben, sienten y expresan un género que no corresponde con el sexo biológico y género asignado al momento de su nacimiento, incluyendo a las personas transexuales, travestis e intergénero-. Por otra parte, se debe diferenciar también la orientación sexual, que es la atracción sexual y afectiva que se siente hacia otra persona, ésta puede cambiar a lo largo de la vida, y puede ser hacia el mismo sexo -lesbiana o gay-, hacia el sexo opuesto -heterosexual-, hacia ambos sexos -bisexual-, o a las personas en general, sin importar su orientación sexual, identidad y/o expresión de género -pansexual-, entre otros (Borisonik & Bocca, 2017).

Habiendo hecho las aclaraciones anteriores, se cree necesario poder contextualizar las políticas públicas y la promoción de las leyes en Argentina, debido a que es, en esta sociedad en particular, donde se situará el análisis posterior. Esto sirve como referencia del contexto en el que se desarrolla esta perspectiva y las herramientas que se tiene al momento de trabajar con problemáticas psicológicas con perspectiva de género y diversidad.

### 3.1.3. La legislación argentina en materia de perspectiva de género y diversidad sexual.

A lo largo de los últimos años, el marco legal argentino fue en torno a la perspectiva de género y diversidad sexual. De esta forma ha cobrado mayor relevancia la ampliación de derechos de la mujer y de la comunidad LGBTTTQI+ visibilizando, entre otras cuestiones, las configuraciones de familia no tradicionales y la aparición nuevos modelos familiares posibilitados por los avances en tecnologías de reproducción asistida, amparados actualmente por la ley. La modificación del marco legal, sea a través de modificación de leyes antiguas y/o creación de nuevas leyes, es el reflejo más demostrativo de la evolución continua de las RS

acerca del género y la sexualidad. Además, es a partir de estas leyes –y otras regulaciones- que se sustentan las intervenciones psicológicas desde esta perspectiva (Borisonik & Bocca, 2017). Conocerlas, y reconocerlas, permite que los terapeutas con perspectiva de género y diversidad cuenten con un amplio abanico de herramientas de trabajo. Por ello, y a modo de síntesis, se mencionarán aquellas leyes con enfoque de ampliación de derechos de la mujer y de la comunidad LGBTTTQI+:

- la Ley de Educación Sexual Integral (Ley 26.150, 2006): entiende a la educación sexual como un derecho de la infancia y la adolescencia, aplicándola con perspectiva de género y diversidad sexual;
- la Ley de Matrimonio Igualitario (Ley 26.618 ,2010): se reconoce la unión civil entre personas sin estar condicionado por su género y/o sexo;
- la Ley de Salud Mental (Ley 26.657, 2010): En esta reformulación, en su artículo 3c, se prohíbe el diagnóstico y, en consecuencia, tratamiento según la elección o identidad sexual;
- la Ley de Identidad de Género (Ley 26.743, 2012): Se legisla, reconoce e incluye el derecho de las personas a la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no concuerde con la autopercepción de su identidad de género. Esta ley es muy importante para el tratamiento integral de la salud de las personas trans, ya que se incluye dentro del plan médico obligatorio (PMO) todas aquellas intervenciones o tratamientos -quirúrgicos u hormonales- necesarias para el cambio de género;
- la Ley de Femicidio y Crímenes de Odio (Ley 26.791, 2012): Incluye en el art. 80 del Código Penal como agravante cuando el homicidio lo fuera en base a la orientación sexual, identidad de género o su expresión;
- la Ley de Reproducción Medicamente Asistida (Ley 26.862, 2013): Permite el acceso integral a las técnicas y/o procedimientos de reproducción médico-asistidos para personas mayores de edad sin distinción del estado civil, identidad de género u orientación sexual;

- la Reforma del Código Civil y Comercial (Ley 26.994, 2015): Ajusta la terminología de su texto a la perspectiva de género y diversidad sexual;
- la modificación de la Ley de Sangre (Ley 22.990, 1983) mediante resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación (Resoluciones 1507, 1508 y 1509 de 2015): Los requisitos hacia los donantes de sangre son modificados y no deben tener condiciones discriminatorias. Anteriormente, si la persona pertenecía a la comunidad LGTBTTTQI+, no podía ser donante. Actualmente no puede ni debe ser considerado una práctica de riesgo.
- Ley Micaela (Ley 27499, 2018): A partir de esta Ley se establece como obligatoria la capacitación en género y violencia contra las mujeres, para los integrantes de la esfera pública, en todos sus niveles y jerarquías, en los poderes ejecutivo, legislativo y judicial de la nación.
- La Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 27.610, 2020): Se legaliza y regula el aborto hasta la semana 14 de gestación, para mujeres y personas con otras identidades de género capaces de gestar. Se dispone el sistema de salud para tal fin, el sistema educativo para la implementación de la educación sexual integral, y el sistema judicial para la implementación de penas hacia los funcionarios públicos o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que no cumpla con la ley, entre otros.

### 3.2. Psicoterapia aplicada a la perspectiva de género y diversidad sexual

Tomando como referencia lo desarrollado anteriormente sobre la legislación argentina en materia de género y diversidad, Meske y Antonucci (2021) indican que son a partir de estas leyes, y otras reglamentaciones, que se intenta acercar al enfoque salugénico propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto es porque, a partir de estas leyes, se promueve el derecho al acceso a la salud integral de las personas, incluyendo cuestiones como, por ejemplo, evitar diagnosticar como un síndrome o trastorno la transición de género que se desea experimentar. Se recordará que la OMS (2014) considera a la salud no solo como la inexistencia de enfermedad, sino como un completo estado de bienestar biopsicosocial. Si bien es una definición que puede tener ciertas críticas, su importancia radica en el hecho de intentar

distanciarse del modelo médico hegemónico, que sugiere que los problemas psicológicos pueden ser clasificados según lo normal o lo patológico. Es por ello que el abordaje psicoterapéutico de problemáticas que abarcan cuestiones de perspectiva de género y diversidad sexual, cualquiera sea el marco teórico que se utilice, también deberían poder distanciarse del modelo médico hegemónico.

La afirmación anterior se funda en los hechos que se sucedieron a lo largo de la historia con cuestiones como, por ejemplo, la homosexualidad –y cualquier otra expresión, orientación o identidad sexual que no fuese la heterosexual-. La misma fue considerada por mucho tiempo como anormal, respondiendo a las RS de la época, y, por tanto, incluida como trastorno en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) de la Asociación Americana de Psicología (APA) en sus dos primeras ediciones –DSM II- (Hernández & Toro-Alfonso, 2010; Mas Grau, 2017). Debido a su carácter científico y orientativo en cuanto a evaluación, diagnóstico y tratamiento, el DSM es sometido a revisión empírica constante y, de esta forma, las categorías clínicas son incorporadas, modificadas o suprimidas según el consenso de la comunidad científica -fundamentándose en datos empíricos-. De esta manera es posible entender cómo la perspectiva tomada en cuanto a la orientación, expresión e identidad de género fue virando en función de las diferentes investigaciones científicas. En consecuencia, a partir de la revisión de la tercera edición del DSM (DSM III-R), en 1973 la *homosexualidad egodistónica* fue retirada como categoría psicopatológica, ya que se logró fundamentar científicamente que las personas homosexuales no presentaban diferencias psicológicas significativas con las personas heterosexuales (De la Espriella Guerrero, 2007; Hernández & Toro-Alfonso, 2010).

Años más tarde, sucedieron dos hitos importantes en cuanto al cambio de perspectiva. Por un lado, el comité directivo de la APA se opuso rotundamente, en 1998, a las terapias de conversión o reparativas psicológicas, para modificar la orientación sexual, fundamentando su decisión en que la homosexualidad correspondía a una categoría saludable de vivir la sexualidad desde 1973 según el DSM. Por otro lado, la transexualidad fue incluida como transexualismo en el DSM III con el argumento de proporcionar un marco legal y social para que el coste de las terapias de modificación corporal sea cubierto total o parcialmente por las obras sociales, prepagas u organismos públicos de salud. Debido a la incomodidad que generaba la

patologización de la transexualidad, en el DSM IV se pasa a denominar trastorno de identidad de género, y, más tarde, en el DSM 5 pasa a incluirse como disforia de género al malestar que siente la persona ante la contradicción que le provoca el género que expresa y frente al género asignado al nacer (Mas Grau, 2017). Autores como Mas Grau (2017) siguen viendo estos cambios como parte de la esencia patologizante del modelo médico hegemónico y del paradigma heteronormativo, apoyando su postura en la afirmación de que la disforia es más un producto de lo que el contexto social le devuelve a persona, y no un fenómeno intrínseco de la misma.

Es por lo expuesto que muchos de los enfoques psicológicos con perspectiva de género y diversidad sexual utilizan principalmente el contextualismo funcional, acuñado por las terapias de tercera generación (TTG), como forma de análisis y tratamiento de las problemáticas psicológicas clínicas y el padecimiento en minorías/disidencias sexuales y de género, ya que permite una mirada más profunda, abarcadora y precisa sobre las características de un evento (Hayes 2004a; Díaz et al., 2012). Será, entonces, el objetivo de los siguientes subapartados profundizar no solo en las TTG, sino también en el abordaje terapéutico de las problemáticas con perspectiva de género y diversidad, junto con la capacitación de profesionales a través de las supervisiones.

### 3.2.1. Una aproximación a las TTG

Debido al surgimiento de nuevos hallazgos en cuanto a las problemáticas psicológicas, Hayes (2004a) indica que la inclusión de los contextos sociales, como variables a tener en cuenta al momento de analizar una problemática, son los que permiten la creación de nuevas líneas de tratamiento dentro de las terapias cognitivo conductuales (TCC). Además, señala que los principios mecanicistas, que fueron implementados en muchas de las terapias que conforman las TCC, se han convertido en una limitación, al considerarse demasiado rígidos y estandarizados.

Es por todo lo antedicho que Hayes (2004a, b) indica la necesidad de la implementación de una línea diferente de trabajo dentro de las TCC: las TTG, descritas como un grupo heterogéneo de terapias que tratan de retornar a la primera generación de terapias de la conducta, desde el punto de vista empírico y experimental de la psicología del aprendizaje, incorporando el contextualismo funcional como filosofía de base y estrategias de cambio más indirectas y experimentales. Al respecto de la primera generación de las terapias de la conducta, toman

cuestiones como: 1) el análisis funcional de la conducta, es decir, un análisis meticuloso de la misma que permite la evaluación, predicción y formulación de las problemáticas psicológicas, 2) la focalización en la objetividad de las conductas, y 3) el control de las contingencias, lo que se traduce en el control de los resultados que se producen a raíz de la interacción entre la conducta y el medio en el que se desarrolla (Diaz et al., 2012). Además no se debe olvidar que, si bien las TTG son una modalidad diferente a las TCC, tienen sus raíces en estas últimas y comparten algunas consideraciones que Beck (1995) propone para el abordaje terapéutico, como ser: 1) estar cimentado en las *formulaciones cognitivas*, es decir, formulación de problemas y conceptualización propia de cada paciente cognitivamente, 2) requiere de una *alianza terapéutica* sólida entre paciente y terapeuta, 3) que se logra, en parte, gracias a la participación activa del paciente, 4) está orientada hacia objetivos y resolución de problemas, 5) está focalizada en el presente, 6) la *psicoeducación* es un tema central, ya que previene recaídas y enseña al paciente a asistirse a sí mismo, 7) a través de la enseñanza acerca la identificación, evaluación y modalidades de respuesta a sus cogniciones -pensamientos y creencias- disfuncionales, 8) y usa diversas técnicas en pos de lograr el cambio en la forma de pensar, sentir y comportarse.

No obstante, y como se nombró anteriormente, la importancia en las TTG radica en la relevancia que el contexto tiene sobre la comprensión y el análisis de la función y naturaleza de un evento –y por lo tanto de un organismo-, utilizando el criterio de *verdad pragmática* para especificar las metas u objetivos científicos de un tratamiento. Con la introducción del este último concepto se entiende que no se busca la verdad absoluta, sino que los diferentes eventos y situaciones son construidos en un proceso que permite determinar cuál es la acción más eficaz a realizar, ya que sino la revisión contextual se desarrollaría *ad infinitum* (Hayes 2004a; Mañas, 2007). Asimismo, existen dos principios generales, propuestos por Hayes (2004a): el primero de ellos consiste en la aceptación (y no la evitación) del malestar y sus síntomas como experiencia vital normal. Esto permite que se produzca el segundo principio, denominado activación, que consiste en el desarrollo de repertorios más flexibles, eficaces y amplios de comportamiento, y no simplemente la eliminación de los problemas que se definen explícitamente. Para ello Hayes (2004b) afirma que se utilizan métodos y técnicas con base experiencial y contextual -más que mecanicista-, y que tienen en cuenta aspectos como:

- La *conciencia plena/mindfulness*: es una práctica que tiene su origen en el budismo, principalmente, y en otras vías espirituales orientales de manera secundaria, tratándose de un ejercicio no conceptual y no verbal fundado en la atención plena estabilizada. Esto permite que surja un estado de consciencia que no está subordinado a los recuerdos que se hallan en la memoria de la persona, sino que se enlaza con aquello que se siente y contempla en la experiencia directa, independiente de filtros y del pensamiento analítico (Kabat-Zinn, 2003; Siegel, Germer & Olendzki, 2009).
- La *defusión cognitiva*: consiste en rever los componentes que integran una palabra. Esa palabra es dicha en voz alta, tanto por el paciente como por el terapeuta, de forma rápida y repetitiva a lo largo de un minuto. Es en esa situación de repetición, que la palabra pierde significado y pasa a ser solo un sonido (Wilson & Murrell, 2004)
- La *dialéctica*: se entiende como un sistema congruente para explorar y comprender el entorno que rodea a la persona. Se intenta cambiar la percepción que una persona tiene del mundo y de lo que en él sucede, ya que enlaza profundamente la comprensión y acción (Robins, Schmidt III & Linehan, 2004).
- El *desarrollo de habilidades* que orienten las acciones según los *valores perseguidos*: el cliente debe indicar aquellos dominios de su vida que resultan valiosos – relaciones, espiritualidad, familia, etc.- a partir de diferentes ejercicios. Luego se detallan las metas y objetivos específicos y alcanzables que pueden llevar a una vida valiosa, describiéndose tanto las conductas que lleven a su realización como las barreras que se puedan llegar a interponer. Estas últimas se tratan a través de las técnicas anteriormente descritas (Hayes, 2004a).

Si bien conocer las técnicas es relevante, también es imprescindible conocer aquellas terapias, dentro de las TTG, que son utilizadas con mayor frecuencia. A saber:

- Terapia de aceptación y compromiso (*acceptance and commitment therapy*, ACT): es el principal modelo de las TTG, a partir del cual se trata de modificar el trastorno de evitación experiencial (TEE) o evitación sistemática a sucesos aversivos que, se considera, es la función base de los trastornos psicológicos en general. No es la intención generar un nuevo sistema de creencias, sino que se utilizan metáforas y ejercicios experienciales, entre otros,

para aumentar la flexibilidad cognitiva y crear un repertorio extenso y flexible de comportamientos que sean valiosos para la persona, donde no se incluye el malestar (Hayes, 2004a);

- Psicoterapia analítica funcional (*functional analytic psychotherapy*, FAP): el objetivo es analizar los posibles sucesos que acontecen en el contexto terapéutico, para poder reforzar y moldear directamente las conductas. La intervención se basa en hallar y producir conductas clínicamente relevantes, reforzar el progreso del paciente, analizar esos refuerzos e incrementar las interpretaciones que describen las relaciones funcionales implicadas en el comportamiento del cliente (Kohlenberg et al., 2004)
- Terapia dialéctica conductual (*dialectical behavior therapy*, DBT): en su origen, desarrollado para pacientes suicidas, actualmente se utiliza principalmente para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP). Incluye elementos de la TCC y de la filosofía Zen, con estrategias de aceptación y cambio conductual para mejorar las habilidades de regulación emocional, eficacia interpersonal y tolerancia al estrés usando técnicas de *mindfulness*, exposición, manejo de contingencias y entrenamiento en habilidades (Robins, Schmidt III & Linehan, 2004).
- Terapia de activación conductual (*behavioral activation therapy*, BAT): El objetivo radica en que el sujeto pueda entender la concordancia entre su estado de ánimo y sus comportamientos, identificando cuáles deben ser reforzados positivamente. Se utilizan técnicas como la extinción, la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, y la resolución de problemas para combatir la evitación, rumiación e inactividad propia de trastornos como la depresión (Martell, Addis, & Dimidjian, 2004).
- Terapia cognitiva con base en *mindfulness* (*mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT): creada para evitar las recaídas de la depresión mayor recurrente, el estrés y la ansiedad. Utiliza técnicas del entrenamiento en *mindfulness* desarrollado por Jon Kabat-Zinn y colaboradores, junto con el entrenamiento de habilidades propio de las TTG (Segal, Teasdale & Williams, 2004).

Todas estas terapias no son solo diferentes formas de tratar ciertas problemáticas clásicamente descritas, sino que forman parte de la redefinición y evaluación de la problemática

presentada, como así también del tratamiento más efectivo. Se entiende así que el problema no es la sintomatología que la persona presente (pensamientos, sentimientos, emociones, conductas, etc.) sino que el mismo radica en el deterioro de la calidad de vida humana. Por lo tanto, la clave de este tipo de terapias no es combatir la problemática *per se*, sino darle una nueva orientación a la vida para que la misma sea significativa. Se sostiene que la dificultad se encuentra en la función que tiene esa problemática en el contexto en que se encuentra inmerso: si el contexto cambia es probable que la función también cambie. Y es a ello a lo que se refiere con contextualismo funcional (Coutiño, 2012; Hayes, 2004a).

### 3.2.2. El abordaje psicoterapéutico con perspectiva de género y diversidad sexual

Es en virtud de lo expuesto anteriormente que, en la actualidad, las diferentes problemáticas con un fuerte trasfondo socio-histórico-contextual, como lo son aquellas que involucran una perspectiva de género y diversidad sexual, en gran parte son abordadas a través de la creación de diferentes programas psicológicos de base contextual (Vaca-Ferrer, Garcia & Valero-Aguayo, 2020). Desde esta perspectiva, el contextualismo considera que la identidad sexual no representa una patología en sí misma, sino que son las experiencias psicosociales las que, como consecuencia del sistema heteropatriarcal, producen padecimiento. Retrato de ello es el estrés de minorías, que es el estrés desmesurado que perciben los sujetos socialmente excluidos y denigrados por su posición social minoritaria, y que tiene múltiples causas originadas por las experiencias vividas en la sociedad en la que se encuentran inmersos, y por el hecho de pertenecer a esa categoría social. Entre las causas más llamativas se pueden encontrar: discriminación, violencia expresa –física, verbal y psicológica-, microagresiones –que corresponden a una forma indirecta y hasta involuntaria de agresión en diferentes entornos-, aislamiento y estigma social (Curtin, Ryu & Diamond, 2016; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Meyer 2003). Meyer (2003) apunta, además, a describir las posibles características propias del estrés de las minorías, a saber: 1) que es un fenómeno único, lo que se traduce en ser un factor de riesgo adicional de estrés presente en las minorías sociales, quienes deben profundizar exhaustivamente sus esfuerzos de adaptación al ambiente para lograr alcanzar una posición social similar a la de quienes no pertenecen a las minorías; 2) el estar asociado a estructuras sociales y culturales, que son en mayor medida estables, lo convierte en crónico; y 3) es social,

porque se origina en las estructuras sociales y no en el sujeto mismo –es decir, no tiene su raíz en estresores generales o condiciones individuales biológicas-. Una de las expresiones más claras y dañinas del estrés de las minorías es la *homofobia internalizada*. La misma es caracterizada por Meyer y Dean (1998) como el proceso mediante el cual los sujetos incorporan de forma gradual y sistemática las RS negativas y humillantes que la sociedad tiene sobre las personas que pertenecen a una minoría sexual. De esta forma, desarrollan una desvalorización profunda sobre su propio yo o *self*, dañando su bienestar psicosocial al generar sentimientos de ilegitimidad y vergüenza, por ejemplo. Si bien la teorización sobre el estrés de las minorías es mucho más amplia, y excede al presente trabajo, estas aproximaciones permiten entender las razones por las cuales las poblaciones pertenecientes a las minorías sociales, y en particular a las minorías sexuales, presentan problemáticas psicológicas de mayor gravedad -comparadas con las personas que no pertenecen a esas minorías-. En los últimos años diferentes estudios han demostrado que entre las psicopatologías más severas, producto de las diferentes causas que producen estrés de las minorías, se encuentran: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, comportamiento autolesivo, intentos de suicidio y suicidio consumado, desórdenes alimentarios, abuso de sustancias y falta de habilidades sociales para relacionarse tanto romántica como no románticamente, entre otros (Kaniuka et al., 2019).

Por eso el trabajo del terapeuta con perspectiva de género y diversidad sexual es el de acompañar ciertos procesos que la persona desea atravesar, teniendo en cuenta la consideración del paciente de su vida como valiosa y relevante (Chang & Singh, 2018; Goldschmidt & Lublinsky, 2018). Algunos autores como Leonard y Grousd (2016) indican que las personas no nacen con un género determinado, sino que a través de las interacciones con su entorno y cultura aprenden a autoidentificarse y a responder según las conductas que socialmente se esperan. En consecuencia, desde la perspectiva de género y diversidad sexual en psicoterapia, no solo se trabaja con personas pertenecientes a las minorías sexuales sino también con aquellas personas que, si bien pertenecen a la categoría cis y heterosexual, padecen las consecuencias de no cumplir con el ideal social –representado por las normas implícitas en la sociedad en cuanto al género y la sexualidad- y que los aleja de sus valores reales. Otros procesos acompañados por los terapeutas pueden ser: el *coming out* o salida del closet, el trabajo en pos de fomentar la intimidad y permitir la vulnerabilidad en la creación de vínculos genuinos y abiertos, trabajar con

las RS de género y los estereotipos que fomentan la inequidad, la configuración de familias en un entorno no beneficioso, la exploración y aceptación de la propia identidad que se encuentra en construcción, y reelaborar todo aquello que fue aprendido en las primeras etapas de la vida, entre otras cosas (Chang & Singh, 2018; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Leonard & Grousd, 2016).

Principalmente, el trabajo de acompañamiento de todos estos procesos por parte del terapeuta se produce en un espacio de validación, comprensión y compasión, para que la persona lo incorpore y luego traslade al contexto en el que se desenvuelve, a través de técnicas tomadas de ACT, DBT y TCC, entre otras. Se debe puntualizar el trabajo en esta línea como centrado en el cliente, mediante el cual se trata de que la persona pueda lograr autoasignarse y ser autónomo, a través de intervenciones inclusivas por parte del terapeuta. Estas intervenciones son adquiridas por el terapeuta a partir de un nuevo aprendizaje en la forma de relacionarse con otros, lo cual se traduce en el ejercicio de una mirada no binaria –es decir, que no incluya términos como varón y mujer, por ejemplo- (Chang & Singh, 2018; Goldschmidt & Lublinsky, 2018). Ejemplo de ello es la utilización respetuosa del lenguaje de género o *lenguaje inclusivo*, por parte del terapeuta, a través de la utilización de pronombres acordes a cómo se autoidentifica la persona, el nombre que se ha asignado a sí misma, usando términos neutrales al momento de dirigirse a un grupo de personas, entre otros. En esto se encuadra el no presuponer el género de una persona según su aspecto y cuestionarse, a sí mismo como terapeuta, si las preguntas que se realizan son pertinentes y necesarias a los fines terapéuticos (Chang & Singh, 2018).

Lo último indicado, respecto al lenguaje y a las formas de dirigirse, habilita la necesidad de incluir dentro de la práctica psicoterapéutica el visibilizar las violencias que existen a nivel social y que reproduce el sistema de Salud en general -y Salud Mental en particular-, de diferentes formas como ser: desconocimiento, humillación, incomodidad, patologización, rechazo, maltrato, asunción de heterosexualidad, entre otros (Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Steinwachs & Szabo, 2016). Este tipo de acciones, por parte de los profesionales, son un obstáculo adicional para el acceso a la salud, aun cuando no se tenga la intención explícita de utilizar la violencia. En consecuencia, brindar información y capacitación continua al personal de salud, y principalmente a los terapeutas, es primordial (Goldschmidt & Lublinsky, 2018). Esto se logra a través de las capacitaciones *per se* y de los espacios de supervisión orientados en

perspectiva de género y diversidad sexual, que son los más enriquecedores debido al intercambio que se produce entre terapeutas, como se verá a continuación.

### 3.2.3. La supervisión entre pares para el abordaje de problemáticas de género y diversidad sexual

El espacio de supervisión debe ser comprendido como un lugar de ensayo y aprendizaje para los terapeutas, sea cual fuere el marco teórico desde el que practique. Por tanto, hay una similitud entre el espacio de supervisión y el espacio terapéutico en sí mismo, donde las relaciones entre los actores tienen un papel primordial. Según Pretorius (2006), el factor relacional propio de la supervisión es muy importante, siendo más importante incluso que la conceptualización de casos y las técnicas de aprendizaje. Entonces, la supervisión grupal e individual, y la consulta con pares, resulta un gran aporte para la disminución del estrés propio de la labor terapéutica y por eso se lo ha incluido en diferentes tratamientos (Keegan, 2012). Por otro lado, todas las habilidades terapéuticas ensayadas en las supervisiones no solo favorecen el desarrollo profesional, sino que protegen al consultante de cualquier posible negligencia por parte del terapeuta, garantizando así la eficiencia profesional y la eficacia de un tratamiento basado en la evidencia –esto último en cuanto a las terapias de la conducta en general concierne- (Keegan, 2012; Novoa-Gómez et al., 2019).

Ahora bien, la estructura de las supervisiones en TTG suele ser, en mayor medida, experiencial. Ello se logra a partir de la participación activa de los supervisores y terapeutas, quienes aplican en sí mismos los principios conductuales para la modificación de la conducta, y en consecuencia modelan las habilidades clínicas en cuestión (Callaghan, 2006). Esto último se consigue por medio de la enseñanza de técnicas como el *role playing* –juego de roles, donde se presenta un caso y los participantes actúan de paciente o terapeuta- o bien invitando a la apertura de discusiones sobre diversos temas, enseñando a dar *feedback* constructivo a otros (Keegan 2012; Pretorius 2006). Es relevante mencionar que, dependiendo del modelo de TTG que se analice, es la forma en que se desarrolla la supervisión de profesionales. Como se ha mencionado en otro apartado, la forma en que analizan las problemáticas y, en consecuencia, las habilidades terapéuticas que se enseñan, son un poco diferentes según el modelo (Callaghan, 2006). Por este motivo se eligió presentar aquí algunas características del particular modelo de Portland ACT de

consulta entre pares, un modelo beneficioso al momento de supervisar profesionales con perspectiva de género y diversidad sexual, ya que se sustenta en la premisa de que los valores que cada persona identifica son los que guían el tratamiento en orden de construir una vida valiosa (Thompson et al., 2015).

El modelo de Portland de supervisión entre pares fue creado en *Portland Psychotherapy* por los doctores en psicología Luoma y LeJeune. Su objetivo original se basaba en fomentar las habilidades que propone el modelo ACT y crear un sentido de pertenencia, es decir, una comunidad profesional de terapeutas contextuales (Thompson et al., 2015). Por lo tanto, su propósito tiene dos componentes: 1) Brindar un entrenamiento en el uso de herramientas ACT de forma continua, didáctica y experiencial. Puede haber expertos pero, a medida que pase el tiempo, los consultantes deben poder participar más activamente, pasando a ser ellos los expertos. El compromiso de los miembros del grupo también radica en la capacitación externa continua, debido a los tiempos limitados de la supervisión; y 2) Brindar asesoramiento a aquellos profesionales que utilizan ACT, a través de conceptualizar casos, *role playing* o ejercicios experienciales, por ejemplo (Thompson et al., 2015).

La estructura de grupo de consulta entre pares no es presentada como la convencional de una supervisión. Esto quiere decir que la figura del supervisor como líder y experto, que se toma como referencia en otros modelos, no se encuentra presente de forma explícita en estos espacios. Al ser un grupo de consulta entre pares, en principio fueron pensados como espacios de libre acceso a los terapeutas, donde todos comparten sus reflexiones y pueden aconsejar acerca de las mejores estrategias de resolución sobre un tema de forma equitativa, sin tener en cuenta jerarquías (Luoma, Hayes & Walser, 2007; Thompson et al., 2015). Con el correr del tiempo, y debido a problemas estructurales, fue necesario definir algunos roles. Tomando las recomendaciones de Luoma et al. (2007), se propusieron roles generales, a modo de organización de la experiencia, los cuales incluyen líderes y facilitadores a cargo de los procesos que se llevan a cabo durante la supervisión. Además, estos autores indican que existen dos estilos de supervisión entre pares: uno más particular -que toma más en cuenta la parte experiencial de los participantes y aquello que les sucede a nivel emocional, siendo voluntaria y confidencial su participación-, y otro que funciona más como un grupo de estudio – donde se tiene en cuenta, más que nada, la práctica de habilidades-. Como se verá a continuación, Thompson et al. (2015)

describen al modelo de Portland con una estructura mixta entre estos dos estilos, pero que está claramente dividida en dos partes de una misma sesión, cuya duración es de un total de 2hs. La primera parte es de introducción, que comienza con la apertura del espacio y la realización de un ejercicio guiado –que generalmente es de mindfulness y dura aproximadamente 10 minutos- por un participante aleatorio y voluntario. También es en esta parte donde se propone a quien tiene un caso para comentar. Así mismo, se repasan los temas que se tratarán en la sesión y se pregunta si han quedado dudas o comentarios sobre ejercicios o casos presentados en sesiones anteriores. Como se puede apreciar, esta primera parte es más bien organizativa y permite a los participantes situarse en el presente, en el aquí y ahora de la supervisión, lo cual facilita el advenimiento de la siguiente fase.

La segunda parte Thompson et al. (2015) la presentan como desarrollo de habilidades experienciales. Esto es porque comienza con la práctica de una nueva habilidad, proceso o ejercicio ACT guiado por un terapeuta. Seguido a ello, se introduce el material clínico. Es importante resaltar que, como indican Luoma et al. (2007), a diferencia de otros modelos, la conceptualización de casos y las intervenciones elegidas se basan en la función de la conducta del cliente y no tanto en su forma. Esto quiere decir que es más relevante el origen de esa conducta y al servicio de qué actúa, y no tanto los síntomas *per se* descritos al estilo del DSM de forma sistemática. Habiendo hecho esta aclaración, Thompson et al. (2015) describen que, posteriormente, se realiza feedback sobre lo que sintieron o experimentaron en todo el ejercicio, sin dar apreciaciones técnicas, primero por parte de quienes realizaron la práctica, y luego por parte de los observadores. El objetivo de ello es moldear las formas en que los terapeutas se desenvuelven terapéuticamente desde el plano emocional, lo cual facilita que muchas veces se tomen riesgos necesarios y se eviten los innecesarios. Dicho esto, se prosigue con la devolución técnica, donde los observadores están habilitados a brindar su opinión fundada y técnica sobre alternativas posibles, pudiendo también realizar preguntas a los participantes. Por último, se dedica un breve tiempo a la organización del siguiente encuentro, proponiendo voluntarios para los ejercicios arriba descritos y se da por concluida la supervisión (Thompson et al., 2015).

Para culminar, es menester enfatizar que, particularmente en cuestiones de diversidad y género, y como se ha indicado en el apartado anterior, es necesario que el terapeuta pueda reconocerse a sí mismo y sea capaz de identificar a que posición social pertenece –es decir, si

forman o no parte de una minoría sexual, por ejemplo-. De esa forma, pueden establecer cuál es el camino que han transitado, las RS que han adquirido y cómo pueden mediar ellas en la forma de construir significados sobre ellos mismos y los otros. A su vez, contribuye a que los terapeutas puedan entenderse, cuestionarse y reformularse como agentes de salud, que son parte de un sistema social donde el cuidado de la salud es conceptualizado y provisto según la forma particular de la cultura en la que están inmersos –que muchos autores, como se ha visto, definen como heteropatriarcal- (Chang & Singh, 2018; Curtin, Diamond & McHugh, 2016; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Skinta & Curtin, 2016). Este proceso, que puede entenderse como *deconstrucción*, se puede lograr a través de la guía que ofrece la experiencia de las supervisiones, más específicamente la anteriormente descrita, ya que es un espacio didáctico, de ensayo y reflexión, donde se acompaña la vivencia de la emocionalidad y la construcción de significados por parte del terapeuta (Chang & Singh, 2018; Keegan, 2012). Es por todo lo expuesto que se considera una herramienta fundamental de formación y asesoramiento, especialmente en esta temática.

#### **4. Metodología**

##### **4.1. Tipo de estudio**

El presente es un trabajo de tipo descriptivo cualitativo

##### **4.2. Participantes**

Participaron de la investigación un grupo de profesionales psicólogos pertenecientes a un espacio de supervisión donde se trabajan casos con perspectiva de género y diversidad sexual. El grupo participante varía en número por sesión, siendo aproximadamente de 7 a 10 profesionales psicólogos cuyo rango etario oscila entre 25 y 70 años aproximadamente. Al ser un espacio de modalidad virtual, los participantes se unen desde diferentes partes del país, incluso hay una participante del exterior. Todos ellos pertenecen a diferentes enfoques/modelos teóricos - sistémico, cognitivo conductual, contextual, etc.- pero comparten la particularidad de haber realizado el posgrado Género y diversidad: fundamentos conceptuales y herramientas clínicas, en

la institución donde se realizó la Práctica y habilitación profesional. Se destaca que, dentro del grupo, dos de los profesionales son coordinadores del espacio.

Tres profesionales fueron entrevistados. Para preservar su identidad, se los presentará con nombres ficticios. El primero es uno de los coordinadores del espacio, Juan de 45 años, de nacionalidad Argentina, Psicólogo clínico, coordinador docente del posgrado Género y diversidad: fundamentos conceptuales y herramientas clínicas de la institución, Psicoterapeuta y coordinador de taller de entrenamiento en habilidades de DBT en la institución. La segunda profesional es Alicia de 30 años, de nacionalidad Argentina, es Psicóloga clínica con orientación Cognitiva Conductual, especializada en ACT y perspectiva de género. La tercera profesional es Clara de 68 años, de nacionalidad Boliviana, es Psicóloga clínica con orientación Sistémica y Cognitiva, y con perspectiva de género. Todos los profesionales mencionados han realizado el posgrado de Género y Diversidad que dicta la institución.

#### **4.3. Instrumentos**

Observación participante y registro de la experiencia en el espacio de supervisión del equipo de Diversidad y Género, junto con clases teóricas de la formación “Género y diversidad: fundamentos conceptuales y herramientas clínicas”, dictada por la institución.

Se realizaron entrevistas semi-dirigidas a uno de los coordinadores del espacio y a dos terapeutas que forman parte de la supervisión cotidianamente, teniendo como eje los objetivos del presente plan de Trabajo.

Al coordinador se le realizaron preguntas acerca de la conformación del espacio –historia y motivación para su creación-, las problemáticas que allí se tratan, modelo teórico que encuadra la supervisión –incluyendo la visión del rol del supervisor y su relación con los supervisados-, y la importancia que encuentra en supervisar terapeutas desde la perspectiva de género y diversidad en este espacio –preguntas orientadas a la identificación de razones para ser terapeuta y supervisor con perspectiva de género y diversidad, particularidades del espacio que lo convoquen, resonancia en la propia práctica clínica-.

Por otro lado, a los terapeutas supervisados se les preguntó acerca de la identificación de las problemáticas que se tratan con mayor frecuencia en el espacio, su visión acerca del rol del supervisor y del rol de los supervisados –relación entre los participantes-, y la importancia que le

asigna a este espacio de supervisión en particular –preguntas orientadas a la identificación de razones para ser terapeuta con perspectiva de género y diversidad, como conoció la institución y el espacio, particularidades del espacio que lo convoquen, resonancia en la propia práctica clínica junto con utilidad de técnicas ensayadas-.

#### **4.4. Procedimiento**

Como parte de la práctica se asistió vía Zoom, por un periodo de dos meses, al espacio de supervisión de Diversidad y Género, con una frecuencia de un encuentro por semana y una duración de una hora por cada encuentro. De esta forma, se realizó una observación participante de los encuentros, lo cual requirió de la participación activa de la tesista, considerándosela una participante más del espacio, y no solo la observación y relevamiento de datos.

Además, se realizaron tres entrevistas de forma virtual, a través de videollamadas tanto con el coordinador como con los terapeutas. Las mismas fueron en formato individual, con una duración aproximada de una hora cada una.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1. Presentación del equipo de profesionales de Diversidad y Género en la institución**

Para la mejor comprensión de los objetivos propuestos, se utilizó información de la observación participante y de la entrevista realizada a Juan, uno de los coordinadores del espacio, para realizar una breve introducción sobre algunas cuestiones en referencia a la historia del equipo de Diversidad y Género, y de su espacio de supervisión de profesionales, en la institución donde se realizó la práctica.

Como se puede apreciar en la introducción del trabajo, la institución cuenta con una modalidad terapéutica enfatizada en la implementación de programas terapéuticos basados en las TCC y en las TTG. Desde el momento de su fundación en el 2007, la institución incluyó la perspectiva de género y diversidad sexual a través de diferentes actividades, como ser la organización de disertaciones y workshops a cargo de representantes como Judith Stacey y Jack Drescher, representantes a nivel mundial de esta perspectiva en la atención clínica de minorías sexuales. A su vez, no solo se generaron espacios terapéuticos grupales para personas LGBTTTQI+ que querían tener hijos/as desde antes de la sanción del matrimonio igualitario

(Ley 26.618 ,2010), sino que participaron activamente en la promulgación de dicha ley, a través de dos acciones puntuales: a) disertación en el Senado por parte de los directivos y, b) el armado de una campaña de promoción para sumar adhesión a la ley, por parte de instituciones de salud mental del país. Estos actos, por parte de la comunidad de ésta institución en particular, son el reflejo de la promoción del derecho al acceso a la salud integral de las personas desde la labor terapéutica con perspectiva de género y diversidad sexual (Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Meske & Antoniucci, 2021).

En el año 2011 se crea el equipo de Diversidad y Género, destinado concretamente a la atención y asistencia psicoterapéutica de problemáticas con perspectiva de género y diversidad sexual, incluyendo también la formación de profesionales a través de workshops, y la prevención e investigación académica de cuestiones relacionadas a la perspectiva. En el año 2018 se realizó un taller que incluyó la disertación de Matthew Skinta, un representante de las terapias contextuales con perspectiva de género y diversidad, y con ello se empezaron a delinear las bases para la creación de la formación de posgrado en Género y Diversidad: fundamentos conceptuales y herramientas clínicas, que se concretó en el año 2019. Fue a partir de la creación de dicho posgrado que se dio paso a la creación del espacio de supervisión que se analiza en el presente trabajo.

Se destacan algunas particularidades del espacio de supervisión, que luego se desarrollaran en los objetivos, a saber:

- Es un espacio gratuito y abierto para los terapeutas que forman parte de la institución; sean parte del staff fijo o no, es decir, pueden acceder estudiantes de la institución que asistan a otras formaciones,
- Si bien se encuadran bajo una mirada contextual, y el modelo utilizado es el modelo de Portland de supervisión entre pares, los terapeutas que allí asisten pueden estar formados bajo otros modelos teóricos. La única condición o premisa del espacio, es que las temáticas que se trabajen estén relacionados a problemáticas en torno a cuestiones de género y diversidad.

5.2. Describir la motivación para la creación del espacio de supervisión de diversidad y género, y las problemáticas abordadas.

Debido a que este objetivo contiene dos esferas de análisis diferentes, se desglosará su desarrollo en dos partes: la primera abocada a la descripción de la motivación para la creación del espacio de supervisión, y la segunda centrada en el tipo de problemáticas que se trabajan en las sesiones.

Utilizando información obtenida tanto de la observación participante de las sesiones de supervisión como de la entrevista realizada a Juan, se puede categorizar la motivación en dos grandes ejes. El primero de ellos corresponde a la conformación del espacio de supervisión como resultado de un proceso de construcción de la perspectiva de género y diversidad sexual en la institución donde se realizó la práctica, lo que según los postulados de Berger y Luckmann (1986) puede describirse como la construcción social de la realidad. Esto es porque, según lo indicado por Juan y lo recabado de la observación participante, este proceso de construcción se fue elaborando desde el momento en que se creó la institución a través de la interrelación de los profesionales cuya labor terapéutica estaba abocada a la atención clínica con perspectiva de género y diversidad sexual. Es así que se incluyeron actividades académicas –formación de profesionales e investigación-, y de atención clínica de la población perteneciente a las minorías/disidencias sexuales, teniendo a su vez una participación activa en la ampliación de derechos, y por lo tanto en la promoción y acceso a la salud, de esa población (Meske & Antonucci, 2021). En la observación participante se pudo detectar que parte de esa motivación para construir una perspectiva de género y diversidad sexual en la institución, y en consecuencia el espacio de supervisión, estuvo dada por el hecho de que algunos de los terapeutas, que formaron y siguen formando parte de la institución, pertenecen a las minorías/disidencias sexuales o, sin ser parte de ellas, sienten empatía por sus problemáticas. Por eso es relevante que los terapeutas con perspectiva de género y diversidad sexual puedan identificar a que estrato social pertenecen, para así poder elaborar y revisar su accionar como agentes de salud inmersos en un determinado contexto (Chang & Singh, 2018; Curtin, Diamond et al., 2016; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Skinta & Curtin, 2016).

El segundo de los ejes acerca de la motivación, se puede establecer alrededor de la necesidad de crear un sentido de comunidad terapéutica, así como sucedió con el modelo de

supervisión de Portland, que según Thompson et al. (2015) se fundó con el fin de que los terapeutas contextuales, específicamente quienes adhieren al modelo ACT, se sientan identificados en un grupo de pares. En el caso del equipo de supervisión observado, de la observación participante se pudo detectar que aquello que motivaba la fundación de una comunidad de terapeutas era el hecho de que, quienes trabajaban y siguen trabajando con perspectiva de género y diversidad sexual en la institución donde se realizó la práctica, se sintiesen identificados con un espacio específico y focalizado donde consultar sobre las problemáticas que surgían en sus consultorios. Esto es porque si bien se realizaron una serie de encuentros informales e irregulares de supervisión desde el año 2011 no fue hasta el año 2019 que, a partir de la creación de la formación de posgrado, la supervisión se estableció como espacio formal, con un horario y día propio, como indicó Juan en la entrevista que se le realizó. Además, se instauró como una herramienta adicional de aprendizaje, ensayo y reflexión para el modelaje de habilidades clínicas, tal y como caracterizan las supervisiones Callaghan (2006) y Pretorius (2006), destinado no solo a los terapeutas del equipo ya conformado, sino también a los terapeutas que estaban aprendiendo los fundamentos teóricos de esta perspectiva y a todos aquellos profesionales de la institución que quisiesen participar, de forma gratuita. Silvia, una de las coordinadoras, comentó en uno de los encuentros observados que esta necesidad de sentirse identificados se vio reflejada a partir del pedido expreso para que se conformara este espacio de supervisión por parte de algunos terapeutas participantes de la formación antes nombrada y miembros del equipo de la institución.

Por otra parte, y con respecto a las problemáticas abordadas, de la observación participante se pudo obtener que se trabajan principalmente casos clínicos traídos por los terapeutas ligados a temas de género, identidad y orientación sexual. Además, Juan y Clara identificaron la premisa de que los casos que se presenten a supervisar tienen que tener alguna vinculación con la perspectiva de género y diversidad sexual, independientemente de que sean o no pacientes de la institución. Ejemplo de ello es el acompañamiento terapéutico en los procesos de autoaceptación, *coming out*, homoparentalidad y formación de familias no tradicionales, entre otros (Chang & Singh, 2018; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Leonard & Grousd, 2016). En relación a lo anterior, en las entrevistas realizadas a los tres participantes y en la observación participante, se pudo identificar que las problemáticas que se trabajan se vinculan íntimamente

con las RS que los terapeutas, los pacientes y los familiares de los consultantes tienen respecto a procesos de transición y autoasignación de la identidad sexual, por ejemplo. Es importante resaltar que estas RS deben ser entendidas según el contexto donde se fundan y el intercambio comunicacional que existe entre las personas, comprendiendo a su vez la función de ese intercambio (Jodelet, 1986; Moscovici, 1961).

Por lo tanto, no solo se trabaja aquello que atraviesa internamente a la persona que transita esos procesos, sino también el impacto que tiene en su círculo social-afectivo, debido a que se parte de la noción que presentan Curtin, Ryu et al. (2016), Goldschmidt y Lublinsky (2018) y que es compartido a su vez por Meyer (2003), acerca de que son las experiencias psicosociales las que producen padecimiento y estrés. En la observación se pudo experimentar un caso que ejemplifica más bien el proceso de transición y las problemáticas que surgen en la persona que lo está atravesando. Es así que en una actualización de caso que surgió en una de las sesiones, Clara comentó que atiende a un hombre que está realizando su transición hacia mujer, con quien trabajaba principalmente aspectos de ese proceso. Relató así que hasta el momento el consultante se ve solo como su transición, no viéndolo como un proceso sino como una cuestión de ser. A raíz de ello se focalizaron principalmente en la elaboración de los pensamientos mágicos, idealizaciones y estereotipos que tenía el paciente, ya que expresaba opiniones como por ejemplo “no identificarse como mujer hasta ser LA mujer”, exhibiendo algunas conductas como vergüenza al mostrarse en público cuando vestía de forma femenina. Analizando la situación, Clara identificó que su consultante mostraba conductas de homofobia internalizada, lo cual es definido por Meyer y Dean (1998) como la internalización de las RS sociales negativas acerca de la homosexualidad y la desvalorización del *self*.

Al respecto de las RS, Juan y Alicia recalcaron la importancia de trabajar los estereotipos y roles rígidos de género, que pueden llegar a ser factores potenciales o reales que luego se traduzcan en conductas dañinas -a nivel físico, sexual o psicológico- cuyo móvil sea el género, lo cual es caracterizado por la ONU (1994) como violencia de género. En una de las primeras sesiones observadas por ejemplo, se abordó un caso en el que una paciente había tenido experiencias de abuso sexual en su adolescencia claramente identificadas por ella, pero que eran continuamente negadas por su entorno familiar con frases como: “los hombres son así”, “es por la vestimenta que usas”, “es algo normal que te puede pasar en cualquier lugar”. A lo largo de la

sesión se debatieron diferentes formas de poder abordar ésta problemática, concluyéndose en que tanto la historización de las experiencias de la paciente como la validación y acompañamiento por parte de la terapeuta, resultaban herramientas fundamentales de allí en más, coincidiendo con Chang y Singh (2018) y Goldschmidt y Lublinsky (2018) sobre cómo debe abordar las problemáticas el terapeuta con perspectiva de género.

En sintonía con lo antes dicho, también se presentan problemáticas que surgen como causa de los estereotipos culturales acerca de las masculinidades. Se considera que forma parte de la perspectiva de género debido a que esas RS producen padecimiento en aquellas personas que creen no cumplir con el ideal social de varón (Connel & Pearse, 2018; Chang & Singh, 2018; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Leonard & Grousd, 2016). Al respecto, en una de las sesiones presenciadas se expuso el caso de un paciente varón cis y heterosexual con estereotipos muy rígidos sobre la masculinidad, es decir sobre las expectativas sociales internalizadas que se dependen del paradigma binario en torno al comportamiento, roles, derechos y obligaciones que debe tener por ser varón (Borisonik & Bocca, 2017; Butler, 2006; DELS, 2017). A éste paciente en particular, ello le producía sentimientos de inferioridad respecto al resto, por lo que se consideraba un *outsider*, y le generaba sensaciones de inseguridad, ansiedad y angustia en el vínculo con sus relaciones amorosas. Incluso la terapeuta identificó que, si bien solía expresar padecimiento y lo que trabajaban en las sesiones eran experiencias muy fuertes a nivel emocional, el consultante nunca expresó llanto y ella lo relacionó con el estereotipo de fortaleza que se atribuye a los varones comúnmente desde el paradigma binario. Así como este ejemplo se vuelcan otras cuestiones a las sesiones que no solo hablan del padecimiento de las minorías, sino también de aquellas personas que no perteneciendo a una minoría demuestran sufrimiento por los mandatos heterocisnormativos (Connel & Pearse, 2018).

Por otro lado, en la observación participante se pudo identificar que se presentan problemáticas que son consecuencia directa de las violencias que se ejercen por el sistema de salud en general. En consecuencia, tanto Goldschmidt y Lublinsky (2018) así como Steinwachs y Szabo, (2016) explican que las actitudes terapéuticas que obstaculizan el acceso a la salud mental por parte de las minorías sexuales y de género, producen un agravante en las problemáticas de base que presentan los consultantes. Lo que se vio en las sesiones es que incluso puede llegar a ser uno de los motivos de consulta. Un breve ejemplo de lo antes dicho es

un caso traído a la supervisión. El paciente presentado había transitado una experiencia terapéutica donde se había vulnerado su identidad de género al no respetarse el lenguaje utilizado, dado que se lo llamaba por su nombre biológico, se utilizaban pronombres no acordes a su auto identificación, entre otros. Es menester aclarar que el paciente le expresó al terapeuta actual que a raíz de ello dejó de realizar tratamiento por un largo periodo tiempo. Esa sesión fue en parte dedicada al abordaje de la situación actual del paciente, teniendo en cuenta su historia de incompreensión y desensibilización por parte del terapeuta anterior, brindando herramientas para la utilización de un lenguaje respetuoso por parte del terapeuta actual, tal como es recomendado a través las pautas de trabajo terapéutico con pacientes pertenecientes a las minorías sexuales (Chang & Singh, 2018).

5.3. Describir la dinámica de funcionamiento de la supervisión, el rol del supervisor y la relación que se establece con los participantes del espacio.

El presente objetivo enmarca tres unidades de análisis que, si bien se encuentran íntimamente relacionadas, requieren del desarrollo particular de cada una. Es por ello que primero se presentará la dinámica de funcionamiento, seguido de la descripción del rol del supervisor desde la visión del mismo y desde la visión de los participantes, y por último se comentará la relación que se establece entre los terapeutas del espacio.

Comenzando por describir la dinámica de funcionamiento, es necesario aclarar que se hace referencia a cómo funciona el espacio y que actividades se desarrollan allí. Al recabar información de la observación participante y de la entrevista realizada a Juan, se obtiene que el modelo que utilizan para estructurar las supervisiones es el modelo de pares de Portland, que si bien tiene una estructura similar a la que describen Thompson et al. (2015), tiene sus particularidades. Una de las similitudes más claras entre el modelo de Portland y el espacio observado es en la forma en la que está dividida la sesión, la cual se divide en dos partes –es decir que es mixta-, tal y como lo explican los autores mencionados. Además se intenta que, al involucrar ejercicios eminentemente prácticos a lo largo de toda la sesión, tanto los coordinadores como los terapeutas tomen un rol activo, así como lo propone Callaghan (2006) para las supervisiones de TTG en general.

Es así que en este espacio, análogo a lo propuesto por Thompson et al. (2015) para el modelo de Portland, la primera parte involucra la organización de la sesión y la realización de una introducción para situarse en el aquí y ahora, con un ejercicio de mindfulness. A diferencia de la práctica que sugieren Kabat-Zinn (2003) y Siegel et al. (2009), donde el mindfulness se formula como un ejercicio no conceptual y no verbal, en éste espacio la actividad es dirigida por un voluntario a través de la guía verbal –que se trata de que sea una persona diferente en todas las sesiones-. A continuación, se realiza una devolución por parte de todos los terapeutas sobre aquello que sintieron y sobre cuestiones técnicas. Se destaca que las devoluciones técnicas siempre se realizan desde la validación y la crítica constructiva, modelando así también el aprendizaje por parte de los terapeutas sobre habilidades relacionales que luego pueden ser transmitidas a sus pacientes (Chang & Singh, 2018; Goldschmidt & Lublinsky, 2018). Por ejemplo, desde el lado de la validación, algunos de los comentarios escuchados en la observación participante por parte de los terapeutas, contienen frases como: “te agradezco por esta práctica”, “con tu guía pude imaginarme lo que nos estabas proponiendo”, “venía de una mañana muy agitada, y el ejercicio me ayudó a centrarme en este espacio”. Desde la crítica constructiva, algunos ejemplos que se oyeron son: “tal vez no te podía seguir tanto con los tiempos de respiración, pero eso es porque yo tengo otros tiempos también”, “tú guía fue muy buena y el ejercicio me encantó, solo se escuchaban algunos ruidos por detrás que por momentos me distraían”. Luego de ello, y aunque no siempre sucede debido al tiempo o a los temas que deben ser tratados, se da paso a la actualización de casos y a las dudas que hayan quedado de otras sesiones.

Por lo tanto, la segunda parte de la sesión, en este espacio de supervisión, está dirigido a la conceptualización de casos y práctica de habilidades terapéuticas, así como lo indican Thompson et al. (2015) para la supervisión entre pares. En consecuencia, se realizan ejercicios como el *role playing* principalmente -donde un participante hace de terapeuta y quien trae el caso hace de consultante- o se opta por una dinámica más tradicional, como la identifica Juan, donde se preguntan las necesidades de los terapeutas y a raíz de ello se conceptualiza un caso. Esto último se realiza normalmente a través del análisis funcional, es decir, un análisis de la conducta que permite la evaluación, predicción y formulación de las problemáticas psicológicas, seguido de propuestas de intervención (Diaz et al., 2012). A continuación, y particularmente luego de *un*

*role playing*, se realiza de una devolución tanto a nivel de las emociones que se sintieron como de cuestiones técnicas y cierre de la sesión –donde puede o no preguntarse si alguien quiere presentar un caso la próxima sesión-. Es menester nombrar que, a partir de lo observado en los encuentros, existen algunas diferencias entre este grupo de supervisión con el modelo original de Portland. Como se vio en el desarrollo teórico, Thompson et al. (2015) proponen la práctica de habilidades o ejercicios del modelo ACT en esta parte de la sesión. Particularmente en el espacio de supervisión observado, no todos los terapeutas están formados en el modelo ACT ya que, así como se nombró anteriormente, pueden tener diferentes formaciones teóricas –mayormente en TTG, terapia sistémica o TCC-. Aquello que los une, sin embargo, es haber participado de los workshops o de la formación de diversidad y género de la institución.

Por lo tanto, las habilidades terapéuticas que aquí se practican se encuadran en la perspectiva de género y diversidad sexual. Ejemplo de estas habilidades es el uso de un lenguaje respetuoso por parte del terapeuta, tal como lo explica Chang y Singh (2018). Así es que, al comenzar un ejercicio de *role playing* en éste espacio, quien ejerce el rol de terapeuta pregunta a quien hace de consultante como prefiere ser llamado y que pronombres desea que se utilicen, modelando el respeto hacia la autoidentificación de la persona. Otro ejemplo importante de las habilidades que se intentan trabajar, es la práctica de la validación, respeto y comprensión por parte del terapeuta, así como lo proponen Chang y Singh (2018) y Goldschmidt y Lublinsky (2018) para el acompañamiento de minorías sexuales en los procesos que la persona desea atravesar. La siguiente frase ilustra lo que se trata de transmitir. Fue escuchada en la observación participante y la expresó quien estaba participando en rol de terapeuta hacia quien oficiaba de consultante, en un ejercicio práctico: “Noto que me comentas muchas cosas que venís trabajando y me alegra un montón que me lo comentas, porque entonces el espacio te resulta útil. Al mismo tiempo escucho esta preocupación de que algo importante quede afuera, y puede pasar que cosas importantes nos queden afuera. Pero te quería consultar, a ver si te parece. A veces me pregunto si hay cuestiones que te resulten difíciles traer a este espacio. E incluso si esas cuestiones difíciles aparecen hoy”. Además, las habilidades no solo se modelan en las intervenciones de quien oficia de terapeuta, sino que también se demuestra en las devoluciones que los compañeros realizan al final del ejercicio de *role playing*, así como se vio anteriormente en el ejercicio de *mindfulness*.

Siguiendo con el análisis del objetivo propuesto, se intentará entonces describir cual es el rol de los supervisores, tanto desde su mirada como desde la mirada de los terapeutas supervisados, utilizando los datos obtenidos de las tres entrevistas realizadas y de la observación participante. Se desea aclarar que el término utilizado para la figura de los supervisores en este espacio se denomina coordinadores. No es un detalle menor, ya que refleja lo propuesto por Luoma et al. (2007) y Thompson et al. (2015) sobre los roles existentes en el modelo de supervisiones entre pares de Portland, donde la figura del supervisor como experto es reemplazada por líderes cuya función es más bien organizativa del espacio. Al respecto, Juan como coordinador del espacio concuerda con ello e indica que la función de ambos coordinadores es la de organización y apertura del espacio, para que tenga una estructura y se puedan generar las consultas. A su vez indica que el rol de los coordinadores depende del tipo de dinámica que se presente, pudiendo ser un poco más directiva si la situación lo requiere, pero manteniendo el espíritu de ser un espacio de consulta entre pares donde, si bien hay personas que tienen un recorrido profesional más desarrollado, no existe la figura de expertos. Esto último, que también se observó en las sesiones, lo ejemplifica al indicar que tanto él como Silvia –la otra coordinadora y directora del equipo de Diversidad y Género-, llevan sus casos a las sesiones ya que a través de las devoluciones que obtienen de los terapeutas que asisten siguen aprendiendo y entrenando sus habilidades profesionales.

De las entrevistas realizadas a Clara y Alicia se pudo obtener que su visión como participantes no dista mucho de lo indicado por Juan y de lo observado en las sesiones. Se destaca que hay una particularidad que resalta Clara en su relato ya que identifica como coordinadora a Silvia, y a Juan lo ve como un asistente de coordinación. Ello es congruente con la dinámica que surge en las sesiones y con lo propuesto por Luoma et al. (2007), sobre la asignación de roles generales para la organización de los encuentros en el modelo de Portland. A su vez, concuerda con lo observado, debido a que Silvia toma un rol más activo -dirigiendo los tiempos en los que se realizan las diferentes actividades, realizando determinados ejercicios si no hay voluntarios, etc-, y Juan asiste en cuestiones organizativas –apertura y manejo de la plataforma zoom, nombrar si algún tema en agenda se olvidó de desarrollar, etc.-.

Culminando con el presente objetivo, se intentará dar cuenta de la relación existente entre los participantes del espacio. Tanto en la observación como en las tres entrevistas realizadas,

todos concuerdan que existe una relación horizontal entre los terapeutas debido a que se identifican como pares. Si bien reconocen que hay personas con un mayor recorrido profesional, las opiniones e intervenciones propuestas por todos los profesionales son escuchadas de forma abierta y respetuosa, validando a su vez la participación activa de todos los terapeutas. Al ser una supervisión basada en el modelo de Portland, lo antes indicado es congruente con la descripción que Luoma et al. (2007) y Thompson et al. (2015) realizan sobre la relación de pares entre los participantes, la cual no está jerarquizada según la experticia de los mismos. Ejemplo de esta horizontalidad expresada es lo vivenciado por Juan cuando indicó: “Existe un clima amigable, abierto y participativo, que habilita a que haya aportes y que no está centrado en una o dos figuras que tienen más experiencia clínica, como sucede en otros espacios, que son las que básicamente dicen todo, y después hay un pequeño aporte de otras personas”. En concordancia con lo antes dicho, Clara expresó: “Recién me incluí en la supervisión de clínica -otro espacio de la institución- por ejemplo, y me cuesta muchísimo integrarme, no me pasa lo mismo con los miércoles, ósea hablamos del disfrute. Bueno Carlos –otro participante del espacio- el otro día también lo mencionó, dijo como que acá hay un ambiente muy diferente a otros equipos. Es interesante como lo percibimos y la diferencia”. También Alicia agregó: “En el rol de supervisada me sentí no juzgada, que eso me encantó porque no en todos los espacios se da esto de una forma tan amable y amena [...] se siente este espacio como un lugar donde te puedes equivocar de una forma más amable”. Además, es por esto último que Alicia también destacó que percibe el atravesamiento de la perspectiva de género y diversidad sexual en el plano relacional entre los terapeutas. Es así que identifica una coherencia entre la teoría aprendida sobre la forma en la que se intenta moldear las habilidades terapéuticas relacionales como la validación, respeto y comprensión, y lo que sucede realmente en el espacio. Es menester destacar que el aprendizaje de estas habilidades permiten dar respuestas terapéuticas a los trastornos o padecimientos enmarcados en cuestiones de género y diversidad sexual (Chang & Singh, 2018; Goldschmidt & Lublinsky, 2018).

#### 5.4. Analizar la importancia que le atribuyen los terapeutas y los supervisores a la supervisión de casos con perspectiva de género y diversidad.

Al examinar el material obtenido tanto de la observación participante como de las entrevistas realizadas a los tres terapeutas, se llegó a la conclusión de que los terapeutas identificaron dos categorías de análisis respecto a la importancia de la supervisión de casos en esta temática. Por un lado, la identificación de las razones para elegir el espacio de supervisión observado, y por otro lado la resonancia de la supervisión de casos en la propia práctica clínica.

Comenzando con las razones particulares para la elección del espacio observado, tanto de lo vivenciado en las sesiones como de las tres entrevistas realizadas, se distinguen dos factores principales en común: uno correspondiente a la especificidad del espacio en cuestiones de género y diversidad, y el otro enlazado con la dinámica que surge a nivel relacional. Como ya se ha abordado la cuestión relacional en el objetivo anterior, solo se mencionará que los terapeutas entrevistados refieren que el factor relacional de esta supervisión es uno de los principales componentes que permite amenguar los efectos del estrés propio de la profesión y de la atención terapéutica (Keegan, 2012; Pretorius, 2006). Por ello es que Juan indica “A mi esos espacios me resultan [...] indispensables porque puede ser bastante solitaria la clínica”. A su vez Clara refiere que es un espacio donde no importa si el terapeuta se equivoca ya que a través del intercambio con sus compañeros en los ejercicios propuestos, los terapeutas demuestran lo que saben y aprenden unos de otros. Esto también se refleja en lo observado en las sesiones, ya que por lo general se evidenció que los terapeutas asistían con muchas dudas y preocupación, refiriendo no poder avanzar en el tratamiento con sus pacientes. Luego del intercambio con sus pares, generalmente solían expresar alivio al indicar que habían obtenido herramientas alternativas para seguir acompañando los procesos terapéuticos de sus pacientes.

Al respecto de la especificidad del espacio, es relevante mencionar que los tres terapeutas entrevistados coinciden en que, si bien el espacio se basa en un modelo contextual, la riqueza del mismo radica en las diferentes corrientes psicológicas que confluyen y trabajan armónicamente con perspectiva de género y diversidad. Con esto se quiere dilucidar que la mayor parte del trabajo que se realiza en este espacio es en vías de construir, reconstruir y deconstruir aquellas RS que involucren cuestiones de género y diversidad sexual permitiendo, a través de la interrelación que se produce, que los profesionales se puedan incorporar en un grupo donde se

sientan identificados por ser terapeutas de género (Moscovici, 1961). Incluso consideran valioso el intercambio que existe, ya que pueden conocer los diferentes estilos de intervenciones que se proponen según las distintas corrientes teóricas psicológicas con perspectiva de género y diversidad sexual, permitiéndoles implementar en sus consultorios aquellas que se ajustan más a su propia práctica. A modo de ejemplo, Clara indica: “la parte donde cada uno comenta acerca del caso, también me parece importante porque cada uno comenta desde lo que sabe, desde diferentes lugares”.

Otro ejemplo que se pudo relevar, fue escuchado en un ejercicio que se realizó en la primera sesión observada. Allí se brindó la oportunidad a todos los terapeutas para que puedan identificar porque se encuentran en ese espacio y por qué decidieron ser terapeutas de género. La mayoría de los terapeutas coincidieron en que existen pocos espacios de supervisión donde predomine la perspectiva de género y diversidad sexual sobre la corriente psicológica teórica que se utiliza, siendo una de las características del espacio que más los convocan a seguir asistiendo. Por otro lado, algo que surgió de esa pregunta y que hace a la especificidad del espacio, es el hecho de que todos los participantes se reconocen a sí mismos como terapeutas de género y diversidad, que han atravesado diferentes caminos académicos, profesionales y personales que los han llevado a especializarse en la institución y por lo tanto a ser parte de las supervisión observada. Esto último surgió también en las tres entrevistas realizadas, y coincide con la importancia que tiene la historización por parte de los terapeutas de su propia vida, para cuestionarse y reformularse como agentes de salud, y así poder trabajar con las problemáticas que sus consultantes tienen según el contexto en el que se encuentran inmersos (Chang & Singh, 2018; Curtin, Diamond et al., 2016; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Skinta & Curtin, 2016).

Siguiendo con la segunda categoría de análisis, que corresponde a la resonancia de la supervisión de casos en la propia práctica clínica, los tres terapeutas entrevistados coinciden en que, independientemente de que lleven pacientes a supervisar, la gran mayoría de los casos resuenan en su propia práctica clínica ya que trabajan no solo cuestiones atinentes a los casos presentados sino a ellos mismos como terapeutas. Juan ejemplifica lo indicado al referir “Me ha pasado muchas veces de que han traído pacientes varones con algunas cuestiones de ansiedad social que tienen que ver con el rol de como tenía que ser como varón [...] me acuerdo que en una de las sesiones con una compañera, cuando estaba escuchándola a ella personificando a su

paciente me resonaba a cuestiones más de la adolescencia, me resonaba del trabajo con otros pacientes y me parece que trabajar con otros terapeutas y uno practicar y escuchar diferentes casos, multiplica un montón la capacidad formativa y de aprendizaje”. Este breve relato demuestra también que de todas las sesiones los terapeutas aprenden herramientas nuevas, que pueden ser transmitidas luego a sus propios pacientes, permitiéndoles tomar el camino terapéutico más adecuado para no perjudicarlos (Keegan, 2012; Novoa-Gómez et al., 2019).

En sintonía con lo expuesto y para culminar, Juan recalca la relevancia del aprendizaje sobre el abordaje de las problemáticas de las minorías sexuales y de género que otorgan estos espacios, implementando intervenciones congruentes al consultante y evitando aquellas que sean iatrogénicas. Ello coincide con la importancia que le brindan Goldschmidt y Lublinsky (2018) y Steinwachs y Szabo (2016) a la visibilización de las conductas terapéuticas que perjudican a los pacientes y agudizan más sus problemáticas, subrayando la importancia de la capacitación a través de espacios como el observado. En referencia a ello Silvia, en una de las primeras sesiones, indicó que la importancia de supervisar los casos con perspectiva de género y diversidad sexual radica en la “tremenda deuda de la psicología con las mujeres y con las minorías”, pareciéndole importante que exista en cada participante un consultorio más con perspectiva de género que incluya las problemáticas específicas de esta población. Es así que los tres terapeutas entrevistados coinciden en que han incorporado a su práctica clínica el ejercicio de la mirada cuestionadora y crítica que tiene particularmente la perspectiva de género y diversidad sexual sobre el trasfondo socio-contextual en el que las personas se encuentran inmersas (Borisonik & Bocca, 2017; Silva Rosales, 2004). Al respecto, Alicia identificó que lo que más le genera resonancia en su práctica clínica es el ejercicio de *role playing* y el *feedback* que luego se genera ya que, al trabajar con personas víctimas de violencia de género, el poder revisar críticamente las RS propias y las de sus consultantes le permite como terapeuta identificar los estereotipos existentes y distanciarse de ellos. Además, refiere que ese distanciamiento ayuda a que el trabajo terapéutico esté focalizado en los valores y fortalezas del paciente, y no solo en la posición como víctimas, tal como lo propone Hayes (2004a) al describir la importancia de desarrollar habilidades a través de la propuesta de metas y objetivos, que lleven al paciente a considerar su vida como valiosa y significativa.

## 6. Conclusiones

El presente Trabajo Final Integrador se realizó en base a la observación participante online de un espacio de supervisión dedicado a la orientación y capacitación de profesionales, cuyo trabajo terapéutico está dirigido a la atención de personas que presentan problemáticas íntimamente ligadas a cuestiones de género y diversidad sexual. A su vez, se utilizó información obtenida de entrevistas realizadas a tres participantes del espacio, y se pudo presenciar parte de la formación específica que brinda la institución donde se realizó la práctica, llamada Diversidad y Género, siendo utilizada como apoyatura teórica para la elaboración del trabajo expuesto.

Como objetivo principal a desarrollar, se propuso analizar las problemáticas abordadas, la dinámica de funcionamiento y la importancia de la supervisión de casos con perspectiva de género y diversidad sexual. La determinación del objetivo indicado, y por lo tanto la exploración del dispositivo observado, surgió del interés de visibilizar la existencia de este tipo espacios, cuya mirada clínica sobre las problemáticas que presenta la población que se identifica como minorías/disidencias sexuales, son entendidas como producto del contexto sociocultural en la que la persona se encuentra inmersa y no como una patología en sí misma (Curtin, Ryu et al., 2016; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Meyer 2003).

### 6.1. Síntesis del desarrollo

Se considera que los objetivos particulares que se desprenden del anteriormente citado fueron logrados ya que, a partir de la información obtenida de la observación realizada a lo largo de dos meses, en primer lugar se pudieron describir no solo las problemáticas abordadas sino también la motivación para la creación del espacio. Con respecto a ésta última, se identificaron dos ejes de análisis. El primer eje se centra en la construcción de un espacio de supervisión a partir de la autoidentificación de los terapeutas como pertenecientes a las minorías/disidencias sexuales y de género o que sienten empatía por las problemáticas de esta población, al modo en que Berger y Luckmann (1986) plantean el concepto de construcción social de la realidad. Esto es porque, a partir de su interrelación, se edificaron como un espacio de supervisión que nuclea agentes de salud con perspectiva de género y diversidad sexual. El segundo de los ejes, relacionado con el anterior, se estableció por la necesidad de crear un sentido de comunidad terapéutica, al estilo que lo proponen Thompson et al. (2015). Es decir, crear un espacio donde

los terapeutas que trabajan con esta perspectiva en la institución, puedan consultar sobre las problemáticas específicas de ésta temática.

En cuanto a las problemáticas abordadas, se logró describir que se abordan casos clínicos ligados a temas de género, identidad y orientación sexual como los procesos de transición, autoaceptación, *coming out*, homoparentalidad y formación de familias no tradicionales, entre otros (Chang & Singh, 2018; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Leonard & Grousd, 2016). Se abordan así las RS en torno a esos procesos, partiendo de la noción de que son las experiencias psicosociales las que producen padecimiento y estrés, evidenciando ejemplos prácticos como la homofobia internalizada (Curtin, Ryu et al., 2016; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Jodelet 1986; Meyer & Dean, 1998; Moscovici, 1961). Además, se abordan problemáticas enlazadas con los estereotipos y roles rígidos de género, así como lo es la violencia de género o el padecimiento que producen los estereotipos sobre las masculinidades desde el paradigma binario (Borisonik & Bocca, 2017; Butler, 2006; DELS, 2017; ONU, 1994). También se presentan problemáticas que son consecuencia directa de las violencias que se ejercen por el sistema de salud en general como ser actitudes terapéuticas de negación, humillación, uso de lenguaje inapropiado, entre otros, y que obstaculizan el acceso a la salud mental de la población diana (Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Steinwachs & Szabo, 2016).

Por otro lado se pudo dar cuenta de su estructura de funcionamiento, es decir, cómo funciona el espacio, las actividades que allí se desarrollan, los roles que asumen los participantes y la relación que existe entre ellos, respondiendo al segundo objetivo específico. En cuanto a cómo funciona el espacio, se alcanzó a especificar que utilizan como referencia el modelo de Portland de supervisión entre pares, explicado por Thompson et al. (2015) para el desarrollo de habilidades terapéuticas ACT. Es así que tiene una estructura mixta, conjugando una primera parte de organización de la experiencia, y una segunda parte de conceptualización de casos y desarrollo de habilidades. Si bien las actividades son similares al modelo citado y existe una mirada contextual, se pudo dilucidar que las habilidades que los terapeutas aprenden no están focalizadas en el modelo ACT, sino que están orientadas en perspectiva de género y diversidad sexual, independientemente del modelo psicológico teórico que el terapeuta tenga. En cuanto a los roles que asumen los participantes, se logró identificar que tanto los coordinadores como los participantes identifican a la figura de supervisor análoga a la de un coordinador. Es decir, no se

considera que haya expertos y no hay una jerarquización de roles, sino que los coordinadores funcionan como pares, y su rol principal es el de organización y apertura de la experiencia (Luoma et al., 2007). Esto coincide con la dinámica relacional que identifican los participantes quienes consideran que, aunque existen terapeutas con un mayor recorrido profesional, su relación es horizontal debido a que se valida, respeta y promueve la participación activa de todos los participantes del espacio. Ello es congruente a su vez con la promoción de habilidades relacionales que se intentan moldear desde la perspectiva de género y diversidad sexual (Chang & Singh, 2018; Goldschmidt & Lublinsky, 2018).

Por último, se pudo demostrar el tercer objetivo específico al describir la importancia que le atribuyen los terapeutas a la supervisión de casos con perspectiva de género y diversidad sexual. Considerando las razones particulares para elegir el espacio observado, se identificó que los elementos claves para ello fueron: por un lado la cuestión relacional, que como indican Keegan (2012) y Pretorius (2006) permite amenguar los efectos del estrés propio de la profesión y de la atención terapéutica; y por otro lado, la especificidad del espacio, ya que los terapeutas consideraron que no existen muchos espacios donde prime la mirada con perspectiva de género y diversidad sexual sobre la corriente psicológica. Para terminar de responder este objetivo, se tuvo en cuenta también la resonancia que tiene la supervisión en diversidad y género en la práctica clínica particular, evidenciando que la supervisión de casos les permite tomar el camino terapéutico más adecuado para no perjudicar a sus consultantes (Keegan, 2012; Novoa-Gómez et al., 2019). Al respecto, los participantes coincidieron que particularmente en cuestiones de diversidad y género, la supervisión permite ejercitar y adoptar una mirada crítica y cuestionadora del trasfondo socio-contextual que tienen las problemáticas que surgen, para no perpetuar las violencias que surgen desde el sistema de salud hacia las minorías/disidencias sexuales (Borisonik & Bocca, 2017; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Silva Rosales, 2004; Steinwachs & Szabo, 2016). Esto los ayuda a distanciarse como terapeutas de los estereotipos existentes sobre ciertas problemáticas, focalizando el trabajo terapéutico en las fortalezas y valores de los pacientes, para que consideren su vida como valiosa y significativa (Chang & Singh, 2018; Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Hayes, 2004a).

## 6.2. Limitaciones del trabajo

Con respecto a las limitaciones del presente trabajo, se pudieron identificar las siguientes cuestiones. En cuanto a las limitaciones teóricas, se encontraron dificultades inherentes a la búsqueda, selección y desarrollo del material, debido a la heterogeneidad de las teorías que enmarcan la perspectiva de género y diversidad sexual desde el trabajo psicoterapéutico. Si bien la mirada que se establece desde esta perspectiva se vuelca a la ampliación de derechos y a la promoción de la salud de las minorías/disidencias sexuales, el análisis que surge desde las variadas corrientes psicológicas es diferente y por lo tanto se convirtió en un desafío al momento del armado del marco teórico. Esto fue principalmente debido a que en el propio espacio de supervisión observado, si bien existe una mirada contextual propia de las TTG, los participantes que allí asisten provienen de corrientes psicoterapéuticas diversas. Además, entendiendo que lo que se expuso es un recorte de las teorías con perspectiva de género y diversidad sexual, se considera que existen cuestiones atinentes a las teorías feministas y las teorías *queer* que podrían haber sido incluidas y profundizadas, pero que han quedado relegadas debido a su menor relevancia práctica para el presente trabajo. No obstante, donde se encontró una mayor limitación teórica fue en el desarrollo del modelo de supervisión de Portland, ya que al ser un modelo relativamente joven, existe poco material bibliográfico que sustente su teorización.

Por otro lado, se identificaron limitaciones metodológicas y operativas en torno a la recolección del material analizado. Es así que en primera instancia, se encontraron dificultades al momento de comenzar la observación del espacio. Se explica que en relación ello, el contexto social por pandemia COVID-19 constituyó una limitación adicional para conocer la existencia y la posibilidad de participar en el espacio debido a la falta de comunicación fluida con los organizadores, siendo la misma únicamente de forma virtual. Ello llevó a que el tiempo de participación fuese menor al estipulado, y a una reorganización del trabajo final que en principio constaba de otro objeto de estudio. En segunda instancia, se encontraron limitaciones en la articulación teórico práctica, ya que se identificó que el material obtenido de las entrevistas no alcanzaba para describir en su totalidad la profundidad de algunas particularidades de los objetivos propuestos, teniendo que recurrir a las anotaciones de la observación participante para poder complementar la información. Un ejemplo de ello lo constituye el desarrollo del tercer objetivo, ya que si bien se considera que fue cumplido, podrían haberse considerado una mayor

cantidad de variables en las preguntas realizadas a los profesionales, que den cuenta de forma más exhaustiva la importancia de la supervisión de casos con perspectiva de género. A su vez, sucedió algo similar con el primer objetivo, ya que si bien los datos de la observación participante fueron valiosos, se considera que podría haberse incluido la entrevista a la otra coordinadora del espacio de supervisión, para tener una visión más abarcadora de la motivación que llevo a la creación del espacio.

### 6.3. Perspectiva crítica y aporte personal

En cuanto a la aplicabilidad de la modalidad de supervisión de Portland entre pares para el trabajo con perspectiva de género y diversidad sexual, se pudo observar que en éste espacio en particular funciona de forma fluida y se adapta al desarrollo de habilidades terapéuticas focalizadas en cuestiones de diversidad y género. No obstante, surgen preguntas como ¿Es más efectivo este modelo en particular para la supervisión de casos con ésta perspectiva, en comparación con otras modalidades más tradicionales de supervisión? Asimismo, se presentaron preguntas como ¿Tendrá más efectividad analizar la perspectiva de género y diversidad focalizándose en una corriente psicológica en particular? O ¿Funcionará mejor tener una mirada ecléctica? Con respecto a esto último, se entiende que dependiendo la teoría psicológica utilizada es cómo se analiza al sujeto y objeto de estudio, y las problemáticas abordadas. Por eso una futura línea de investigación que se podría proponer, es la de comparar las diferentes modalidades utilizadas en otros dispositivos de supervisión de terapeutas que trabajan con estas problemáticas para poder verificar su efectividad, teniendo en cuenta su estructura teórica y metodológica.

Por otro lado, se observó que si bien el espacio es muy enriquecedor para los terapeutas debido a la resonancia que tiene en su propia práctica clínica y al desarrollo de habilidades terapéuticas especializadas en la perspectiva mencionada, se considera que el tiempo en el que se establece la sesión de supervisión es un poco limitado. Al respecto, la sesión tiene una duración de una hora por semana llevando a que por ejemplo, se actualicen de forma breve algunos casos y se conceptualice –mediante el ejercicio de *role playing*- un caso como máximo. Siendo todavía un grupo joven, que se encuentra en constante crecimiento, por el momento no hay mayores inconvenientes ya que la cantidad de participantes es reducida. No obstante, en el caso de que el

número de participantes aumentara en los años venideros, se sugiere la realización de más supervisiones por semana, manteniendo los grupos reducidos para poder abordar los casos que surjan en agenda tal como se vienen trabajando hasta el momento.

También surgieron preguntas referentes a la visibilización de los espacios de supervisión con perspectiva de género y diversidad sexual. A lo largo de la observación participante, se escuchó de los diferentes participantes la opinión de que, si bien cada vez son más los terapeutas que se dedican a la atención de las minorías/disidencias sexuales y de género, son pocos los espacios de supervisión focalizados en el trabajo de casos con esta mirada. Por eso surgen preguntas como ¿Cuántos espacios de supervisión especializados en esta temática existen en Argentina? ¿Cómo podrían llegar a visibilizarse? Es decir, ¿Cuál sería la mejor estrategia para poder informar a los profesionales de la salud sobre la existencia de estos espacios? Se sugiere en este sentido el relevamiento de estos espacios, así como se propuso anteriormente, junto con la visibilización de los mismos a través de campañas de promoción en las universidades, por ejemplo. Esta sugerencia se basa en la noción de que los espacios de supervisión especializados en estos temas, previenen la implementación de intervenciones iatrogénicas al considerarse espacios de ensayo de habilidades clínicas (Keegan, 2012; Novoa-Gómez et al., 2019). Por lo tanto, se cree necesario dar a conocer la existencia de estos espacios, ya que el trabajo de las supervisiones focalizado en estas problemáticas y el desarrollo de la mirada crítica que brinda esta perspectiva sobre el trasfondo sociocultural e histórico que las atraviesa, puede llegar a ser efectivo al momento de trasladarlo a la práctica clínica particular cuando se presenten personas que refieran problemáticas atinentes al género y diversidad sexual.

En relación a lo anterior y para terminar con el presente trabajo, a partir de la búsqueda bibliográfica y de lo expresado por algunos terapeutas, tanto en las entrevistas como en las sesiones presenciadas, surgió una pregunta en torno a ¿Por qué la aproximación al estudio de teorías feministas, teorías *queer* y del abordaje psicoterapéutico en cuestiones de género y diversidad sexual, no están incluidos como asignaturas específicas y obligatorias en la formación de grado de la carrera de Psicología a nivel nacional? Siendo que muchas de las problemáticas que surgen en la cotidianeidad de la práctica psicológica en la actualidad están íntimamente ligadas a ello, debido a la relación que existe con el trasfondo socio-cultural del que forman parte. Es probable que ciertas asignaturas integren un poco de este material en su programa de

estudios, o bien que algunas universidades tengan asignaturas optativas al respecto. Incluso una de las universidades públicas de Argentina cuenta con la capacitación obligatoria de toda la comunidad académica en género y violencia contra las mujeres, a partir de la Ley Micaela (Res. 1995/2020, 2019). No obstante, por lo relevado en la práctica y por lo atravesado por la pasante en su propio recorrido académico, al momento no se identificaron materias específicas y obligatorias sobre estas cuestiones en la totalidad de las universidades del País que dictan la carrera de Psicología. Comprendiendo que la práctica psicoterapéutica debiera acercarse al modelo salugénico, tal y como lo proponen Meske y Antoniucci (2021), se cree necesario sugerir la inclusión de estos conocimientos como parte de la formación obligatoria de la carrera de Psicología, independientemente de la corriente teórica y la universidad en la que se formen los profesionales. Ésta sugerencia emerge de la reflexión a la que se arriba, luego de realizar todo el trabajo, sobre la importancia de visibilizar esta perspectiva a través de la información académica y, en consecuencia, conocer su mirada crítica. Al informar y capacitar a los profesionales de salud mental en lo referente a diversidad y género se ofrecen mayores herramientas para la prevención y promoción de la Salud, evitando de esta forma la patologización de cuestiones inherentes a la identidad sexual y de género, y garantizando el acceso a la salud de las personas, particularmente de aquellas pertenecientes a las minorías/disidencias sexuales (Goldschmidt & Lublinsky, 2018; Steinwachs & Szabo, 2016).

## **7. Referencias bibliográficas**

Beck, J. (1995). *Cognitive therapy, basics and beyond*. NY: Guilford Press.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Borisonik, D. & Bocca, L. (2017). *Hablar de diversidad sexual y derechos humanos: guía informativa y práctica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Recuperado de [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/hablemos\\_sobre\\_diversidad\\_sexual.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/hablemos_sobre_diversidad_sexual.pdf)

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Buenos Aires: Paidós.

- Callaghan, G. M. (2006). Functional analytic psychotherapy and supervision. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(3), 416-431. doi: 10.1037/h0100794
- Chang, S. C., & Singh, A. A. (2018). *A clinician's guide to gender-affirming care: Working with transgender and gender nonconforming clients*. New Harbinger Publications.
- Connel, R., & Pearse, R. (2018). *Género: desde una perspectiva global*. Universitat de València.
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(01), 1-18. doi: 10.33670/18181023.v12i01.66
- Curtin, A., Diamond, L. & McHugh, L. (2016). Self and Perspective Taking for Sexual Minorities in a Heteronormative World. En M. D. Skinta y A. Curtin (Eds.), *The mindfulness and acceptance practica series. Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection and equality using contextual strategies* (pp. 11-28). Oakland: Context Press/New Harbinger Publications.
- Curtin, A., Ryu D. & Diamond L. (2016). Coming Out with Compassion. En M. D. Skinta y A. Curtin (Eds.), *The mindfulness and acceptance practica series. Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection and equality using contextual strategies* (pp. 49-68). Oakland: Context Press/New Harbinger Publications.
- De la Espriella Guerrero, R. (2007). Homofobia y psiquiatría. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36(4), 718-735.
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012). Capítulo 1: Historia de la terapia cognitivo conductual. En M. Díaz, M. Ruiz & A. Villalobos (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 29-98). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Díaz, M., Ruiz, M., Villalobos, A. & Gonzalez, M.P. (2012). Capítulo 11: Terapias de Tercera Generación. En M. Díaz, M. Ruiz & A. Villalobos (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 513-552). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (2017). *Diversidad sexual*. Salud sexual y reproductiva. Recuperado de: <https://salud.gov.ar/dels/entradas/diversidad-sexual>

- Erol, A., & Cuklanz, L. (2020). Teoría Queer y metodologías feministas: el estado de la cuestión. *Investigaciones Feministas*, 11(2), 211-221. doi: 10.5209/infe.70122
- Foucault, M. (1977/2008). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber*. 2da. Edición. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Goldschmidt, A. & Lublinsky, L. (2018). Diversidad de género y sexual. Formación de posgrado en género y diversidad. Fundación Foro. *Clepios 77. Revista de profesionales en formación en Salud Mental*, 24(3), 130-131.
- Hayes, S.C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hernández, M. S., & Toro-Alfonso, J. (2010). La cura que es (lo) cura: una mirada crítica a las terapias reparativas de la homosexualidad y el lesbianismo. *Salud & Sociedad*, 1(2), 136-144. doi: 10.22199/S07187475.2010.0002.00007
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (comp.), *Psicología Social II* (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Kaniuka, A. et al. (2019). Stigma and suicide risk among the LGBTQ population: Are anxiety and depression to blame and can connectedness to the LGBTQ community help?. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 23(2), 205-220. doi: 10.1080/19359705.2018.1560385
- Keegan, E. (2012). Supervisión y desarrollo de competencias en terapia cognitivo-conductual. En J. A. Obst Camerini (Ed.) *Aportes del siglo XXI a las terapias cognitivas* (pp. 69-92). Buenos Aires: CATREC.
- Kohlenberg R. J. et al. (2004) Functional Analytic Psychotherapy, Cognitive Therapy, and Acceptance. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and*

- acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 96-119). Nueva York: The Guilford Press.
- Leonard, T. & Groud, L. (2016). Using ACT Interventions to Help Clients Explore the Possibilities of Gender Identity. En M. D. Skinta y A. Curtin (Eds.), *The mindfulness and acceptance practica series. Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection and equality using contextual strategies* (pp. 29-38). Oakland: Context Press/New Harbinger Publications.
- Ley Nacional n° 26.150. *Ley de Educación Sexual Integral*. Boletín Oficial 04/10/2006. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley Nacional n° 26.618– Modificatoria de la Ley 2393. *Ley de Matrimonio Igualitario*. Boletín Oficial 15/07/2010. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley Nacional n° 26.657– Modificatoria de la Ley 22.914. *Ley de Salud Mental*. Boletín Oficial 25/11/2010. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley Nacional n° 26.743. *Ley de Igualdad de Género*. Boletín Oficial 09/05/2012. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley Nacional n° 26.791– Modificatoria del Código Penal, art. 80. *Ley de Femicidio y Crímenes de Odio*. Boletín Oficial 14/11/2012. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley Nacional n° 26.862. *Ley de Reproducción medicamente asistida*. Boletín Oficial 05/06/2013. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley Nacional n° 26.994. *Reforma del Código Civil y Comercial de la Nación*. Boletín Oficial 03/09/2014. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley Nacional n° 27.499. *Ley Micaela de capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del estado*. Boletín Oficial 19/12/2018. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley Nacional n° 27.610. *Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Boletín Oficial 30/12/2020. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.

- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40(1), 26-34.
- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista internacional de sociología*, 75(2), 059. doi: 10.3989/ris.2017.75.2.15.63
- Matsuda, K., Garcia, Y., Catagnus, R., & Brandt, J. A. (2020). Can Behavior Analysis Help Us Understand and Reduce Racism? A review of the Current Literature. *Behavior Analysis in Practice*, 1-12. doi: 10.1007/s40617-020-00411-4
- Mérida Jiménez, R. M. (2002). Prólogo. En R. M. Mérida Jiménez (Ed.), *Sexualidades transgresoras: una antología de estudios queer* (pp. 7-28). Barcelona: Icaria Editorial.
- Meske, V., & Antonucci, M. (2021). El sexo en disputa: regulación y materialización corporal del género en un contexto de despatologización de la identidad. *Historia y Sociedad*, (40), 198-223. doi: 10.15446/hys.n40.86873
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer, I. H., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*, 4, 160-186.
- Moscovici, S. (1961/1979). La representación social: un concepto perdido. *El Psicoanálisis, su imagen y su público* (pp. 27-44). Buenos Aires: Huemul.
- Novoa-Gómez, M., Córdoba-Salgado, O., Rojas, N., Sosa, L., Cifuentes, D., & Robayo, S. (2019). A Descriptive Analysis of the Interactions During Clinical Supervision. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.00669
- OMS (1946/2014). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS (Organización Mundial de la Salud).
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres* (Res. A/R/48/104). Nueva York: Naciones Unidas.
- Preciado, B. (2002). *Manifiesto contra-sexual*. Madrid: Opera Prima

- Pretorius, W. M. (2006). Cognitive behavioral therapy supervision: recommended practice. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 413-420. doi: 10.1017/S1352465806002876
- Resolución N° 1995/2020. *Capacitación obligatoria en los temas de género y violencia contra las mujeres de conformidad con el artículo 1° de la Ley N° 27.499*. 20/11/2019. Universidad de Buenos Aires
- Robins C. J., Schmidt III H., & Linehan M. M. (2004) Dialectical Behavior Therapy. Synthesizing Radical Acceptance with Skillful Means. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 30-44). Nueva York: The Guilford Press.
- Segal Z. V., Teasdale J. D., & Williams J. M. G. (2004) Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Theoretical Rationale and Empirical Status. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 45-65). Nueva York: The Guilford Press.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from?. En F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 17-35). Springer: New York, NY.
- Silva Rosales, P. (2004). El género en la sociedad. En J. D. C. C Carapia (Ed.), *Perspectiva de género* (pp. 13-22). México D.F.: Plaza y Valdes.
- Steinwachs, J. & Szabo T. G. (2016). Elephants in the Room: Straight Therapists' Microaggressions with GSM Couples. En M. D. Skinta y A. Curtin (Eds.), *The mindfulness and acceptance practica series. Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection and equality using contextual strategies* (pp. 149-170). Oakland: Context Press/New Harbinger Publications.
- Skinta, M. D. & Curtin, A. (2016). Introduction. En M. D. Skinta y A. Curtin (Eds.), *The mindfulness and acceptance practica series. Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection and equality using contextual strategies* (pp. 1-10). Oakland: Context Press/New Harbinger Publications.

- Thompson, B. L., Luoma, J. B., Terry, C. M., LeJeune, J. T., Guinther, P. M., & Robb, H. (2015). Creating a peer-led acceptance and commitment therapy consultation group: The Portland model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 144–150. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.11.004
- Vaca-Ferrer, R., Garcia, R. F., & Valero-Aguayo, L. (2020). Efficacy of a group intervention program with women victims of gender violence in the framework of contextual therapies. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 36(2), 188-199. doi: 10.6018/analesps.396901
- Wilson, K. G. & Murrell A. R. (2004). Values Work in Acceptance and Commitment Therapy: Setting a Course for Behavioral Therapy. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition* (pp. 120-151). Nueva York: The Guilford Press
- Women, U. N. (1995/2014). *Beijing Declaration and Platform for Action-Beijing+ 5 Political Declaration and Outcome*.

## 8. Anexos

### 8.1. Entrevista 1: Coordinador Juan

- Noelia: Hola Juan, gracias por darme la entrevista. Te comento que estoy realizando mi TFI en base al espacio de supervisión de Diversidad y Género, y por ello quería realizarte algunas preguntas. Si te parece, ¿Puedo grabarte?
- Juan: Hola Noe, buenísimo. Si, si necesitas grabar no hay inconvenientes.
- Noelia: Muchas gracias. Comenzamos con la primera pregunta. ¿A qué te dedicas como psicólogo? ¿Cuál es tu área de trabajo?
- Juan: soy psicólogo clínico, fundamentalmente hago atención clínica, psicoterapia individual, DBT para personas con desregulación emocional. Y en los modelos en los que me especializo son los contextuales, principalmente ACT y DBT, desde una perspectiva de género. La población que atiendo son adultos.
- Noelia: ¿Te acordás o sabes cuándo se creó el espacio de supervisión Diversidad y Género? ¿Qué motivó su creación?

- Juan: el equipo de Diversidad y algunas reuniones de supervisión informales, vienen aproximadamente desde al año 2010-2011, pero de ellos no participé. Como comentó Silvia, la creación del equipo y por lo tanto del espacio de supervisión, fue de forma paulatina, y se fue construyendo a lo largo de los años. Como un espacio formal y regular, que funciona todas las semanas, es desde abril del 2019, ya que en esa fecha fue que comenzó la formación Diversidad y Género, y muchos profesionales requerían de un espacio específico para supervisar en la temática, donde se sientan identificados. Se sostuvo desde ese entonces hasta ahora todos los miércoles a las 11.45.
- Noelia: ¿Cuándo comenzaste a ser supervisor del espacio?
- Juan: yo me sume a partir de la propuesta de Silvia de crear la formación a empezar a pensarla a mediados-fines del 2018, que se hizo un taller con Matheus Skinta que trabaja en un taller en San Francisco y en Chicago con lo que tiene que ver con las terapias contextuales con perspectiva de género para personas de las minorías sexuales y de género, y ahí se fue armando la formación, a la cual me uní como coordinador docente. Y al espacio de supervisión en particular, si bien Alejandra es la Directora de equipo, estuve en todos los encuentros desde que se conformó en la coordinación junto a ella.
- Noelia: ¿Cuál es el modelo de Supervisión utilizado? ¿Bajo qué marco teórico se encuadran?
- Juan: la dinámica es de supervisión de pares del modelo de Portland y si bien nos encuadramos principalmente bajo la mirada contextual de las TTG, los profesionales que asisten son de diferentes formaciones. Lo que sí, todos los profesionales hicieron el workshop en Diversidad y Género, o hicieron la formación que brinda la institución.
- Noelia: ¿Cuáles son las problemáticas que se supervisan en los encuentros? ¿Hay alguna de ellas que se supervise con mayor frecuencia?
- Lucho: en principio al ser un espacio orientado a profesionales formados en género y diversidad hay como una mayoría de consultas y temas que se trabajan sobre temáticas de procesos de transición de género o temática o consultas de pacientes que traen en cuanto a su orientación sexual y su identidad. Y al impacto que tiene esta sociedad en esos procesos que están enmarcados muchas veces en situaciones de discriminación, vergüenza, miedo y lo que tiene que ver con temas familiares. Y a partir de ahí hay consultas tanto de las personas que están en proceso de transición como consultas de sus familiares, padres y madres. Diría que

eso sobresale como las temáticas que más son distintivas. Después en sintonía con que la perspectiva de género y todos los temas vinculados tienen que ver con múltiples aspectos de todas las personas, cis, trans, gays, con diferentes identidades, surgen temáticas que van más allá con los procesos de transición y que pueden tener que ver con cuestiones de violencia, que es otro tema que se trae muy frecuentemente, la violencia de género. O también cuando se ve que algo de lo que se consulta de una situación clínica está muy atravesado por estereotipos o roles muy rígidos de género. Esa es la sensación que tengo yo de lo que más veo que se trae.

- Noelia: Pasando al rol de supervisor, según vos ¿Cuál es el rol de los supervisores?
- Juan: en primer lugar lo que diría a priori como rol general de los que coordinamos el espacio de supervisión tiene que ver con organizar y disponer un espacio donde se puedan dar una serie de consultas, que tenga una estructura que tiene que ver con un ejercicio de consciencia plena al principio, seguido de un seguimiento de diferentes casos y luego el trabajo de un caso en particular que se traiga, porque en todas las sesiones hay un caso que se trabaja y se ve con mayor profundidad. Después cambia mucho en función de qué tipo de dinámica estemos hablando, porque hay dos tipos de dinámicas. Una dinámica que es un poco más tradicional en algún punto, ya que alguien trae una consulta o duda sobre un caso y las diferentes personas que participan en general quien coordina tiene la función de abrir el juego, hacer las primeras preguntas, por ejemplo preguntas para evaluar más el caso, y después hacer algunas sugerencias clínicas sea para ayudar a la persona que consulta. También preguntarle a la persona que consulta que es lo que necesita y en que se la puede ayudar, ya es una intervención que empieza a ordenar cuando alguien trae un caso. Sería entonces la dinámica más tradicional: preguntar qué es lo que necesita, ayudar a armar o conceptualizar la situación, sea por análisis funcional, y después las propuestas de intervención. La otra dinámica que se da más frecuentemente en este espacio es: los mecanismos de entrenamiento de habilidades clínicas en los grupos de supervisión por pares, que ahí se hace más un role playing donde la persona trata de ponerse en la piel de su consultante, otro terapeuta practica sus habilidades clínicas al ponerse en el papel del terapeuta, y ahí los roles son más diversos ya que tiene que ver con habilitar un espacio donde la persona pueda expresar lo que sintió emocionalmente al personificar a su consultante o al otro que sintió como terapeuta. Después

se hace un feedback más técnico acerca de las estrategias implementadas, y se piensan otras estrategias posibles que se podrían haber usado o se podrían llegar a usar.

- Noelia: ¿Qué relación se establece entre los participantes y con los coordinadores?
- Juan: algo que me parece súper lindo de este espacio, que es lo que más me convoca a trabajar acá porque en otros espacios de supervisión pasa mucho menos y destaco un montón, es del clima amigable, abierto y participativo que hay, que habilita a que haya aportes y que no está centrado en una o dos figuras que tienen más experiencia clínica y entonces son las que básicamente dicen todo y que después hay un pequeño aporte de otras personas. Sino que se va construyendo gradualmente, hay diferentes aportes y da lugar a que alguien que se sumó hace uno o dos encuentros, que no se lo conoce, de repente hace aportes y descubrí una formación por detrás de esa persona distinta y rica para incorporar. Hay una chica que hace poco se sumó que es de Perú y que trabaja con personas del espectro autista, y los aportes que hace son recontra distintos a los que hacemos los que estamos hace más tiempo en el espacio. Y eso es recontra rico y a veces en muchos espacios no sucede porque los que se suman hace poquito tienden a quedarse callados hasta que después de un tiempo dicen algo. Acá, al ser una supervisión entre pares, es otra la dinámica y es súper enriquecedor.
- Noelia: Las próximas preguntas que te voy a realizar son en base a la importancia que le das a la supervisión de casos con perspectiva de género y diversidad sexual. ¿Identificas que te llevo a ser terapeuta con esta perspectiva? ¿Qué te motivó a ser supervisor de profesionales y, en especial, coordinador de este espacio?
- Juan: es interesante esa pregunta porque se va renovando, uno puede tener una historia pero también cada momento es particular. Hubo un momento en el que teniendo unos veintipico de años, a partir del contacto con amigas y personas que están más en el activismo feminista y en movimientos de género, empecé a darme cuenta como muchísimas cosas personales y también de vínculos cercanos y personas que trabajaba en los momentos en que empecé a dedicarme a la clínica, estaban recontra atravesadas por dimensiones que tienen que ver con el género y con los mandatos de la sociedad que tienen que ver con “el ser varón” en mi caso. Como muchas cosas que tenía, que deseaba, que me angustiaban, la manera en que me relacionaba con amigos, amigas, parejas estaba atravesado, y cuando empecé a hacer un par de talleres con la red de psicólogas feministas dije “wow, que zarpado, ¿Cómo esto no estuvo

nada en la formación de grado y como no era una variable que consideraba tanto?”. Empecé a ver que me aparecía por todos lados, y que tenía mucha relevancia y que me ayudaba a entender mucho mejor lo que me pasaba, algunas cosas que me trababan y articulado con algunos aspectos de lo social en general. Entonces a partir de ahí me empecé a formar, a ir a charlas, congresos, sin tener una formación que incluyan esas variables, sobre todo en clínica, pero si lo tenía como una variable. Me empecé a dar cuenta que con algunos consultantes traer el tema, abrir algo al respecto y dialogar, tenía un montón de efectos de alivio y de conectar con cosas valiosas y a partir de eso y de algunas formaciones que hice y de empezar a atender consultantes de identidad de género no binaria e identidad de género trans, me resulto indispensable tener una formación en género y diversidad. Y bueno con el tiempo llego la formación (se refiere a la que dan en la institución), donde convocamos profesionales que tienen un montón de experiencia y practicas al respecto. En paralelo la clínica me interesa un montón, desde la residencia. El acompañar y supervisar terapeutas respecto a género y diversidad y respecto a otros temas también, hice la jefatura de residencia en un hospital del ámbito público de CABA y eso me recontra intereso. Con respecto a género y diversidad, de a poco algunos, algunas, algunos terapeutas que no tenían contacto con estos planteos, con estas ideas, sabían que yo estaba un poco más en el tema, y me empezaban a preguntar, a consultar como un montón de preocupaciones, y me resultaba súper valioso ayudar y acompañar en ese punto. Había intervenciones muy puntuales que hacían la diferencia en la manera en que voy a ayudar a su consultante, porque la verdad muchas veces al no haber tenido contacto con la perspectiva de género puede ser que muchas de nuestras intervenciones sean iatrogénicas. Hay población con mucha vergüenza, exclusión y violencia por parte de otras personas, y su que su terapeuta no reconozca esa violencia, no pueda sensibilizarse ante ello y no pueda escucharlo incluso las reproduzca como históricamente ha pasado en la carrera, es un garronaso. Creo que de ahí surgió mi interés por ser coordinador en la institución, porque se abrió este espacio específico de supervisión y continué haciendo lo que ya hacía en otros lados.

- Noelia: Con respecto a este espacio de supervisión, ¿identificas alguna particularidad que resuene en tu propia práctica clínica? Es decir, ¿Hay algo que digas “wow, esto es tal cual lo que me pasa a mi”?

- Juan: en principio, siendo la dinámica de supervisión entre pares yo llevo también mis casos y hay algo de lo colaborativo que me parece muy importante y que nos hace crecer un montón a todos los que participamos ahí. Los diferentes momentos de la carrera de cada uno o las diferentes formaciones o experiencias, la verdad que cada caso que se trae resuena en los casos propios y trabajos propios, y uno al entrenar habilidades clínicas ahí, no solo trabaja cuestiones propias sino también de los pacientes. Me ha pasado muchas veces de que han traído pacientes varones con algunas cuestiones de ansiedad social que tienen que ver con el rol de como tenía que ser como varón, y como tenía que relacionarse con las mujeres desde una serie de mandatos y estereotipos de cómo debía ser su desempeño sexual, mostrarme seguro, mostrarme canchero. Me acuerdo que en una de las sesiones con una compañera, yo cuando estaba escuchándola a ella personificando a su paciente, me resonaba a cuestiones más de la adolescencia, me resonaba del trabajo con otros pacientes y me parece que trabajar con otras terapeutas y uno practicar y escuchar diferentes casos, multiplica un montón la capacidad formativa y de aprendizaje. A mí esos espacios me resultan, además de en el espacio de género y diversidad, participo en el de DBT y en la reunión de equipo, que también todas las semanas hablamos de diferentes casos y que tiene otra dinámica, pero esos espacios, si bien son un poco diferentes al de género, son indispensables porque puede ser bastante solitaria la clínica.

## 8.2. Entrevista 2: Terapeuta Alicia.

- Noelia: Hola Alicia, gracias por darme la entrevista. Te comento que estoy realizando mi TFI en base al espacio de supervisión de Diversidad y Género, y por ello quería realizarte algunas preguntas. Si te parece, ¿Puedo grabarte?
- Alicia: Hola Noe, si dale. No hay problema.
- Noelia: Muchas gracias. Comenzamos con la primera pregunta. ¿Qué edad tenés?
- Alicia: tengo 30
- Noelia: ¿A qué te dedicas como psicóloga? ¿Cuál es tu área de trabajo?
- Alicia: yo soy de Córdoba, así que me recibí allá de Psicóloga, en el 2017 empecé en foro a hacer la formación de psicoterapia cognitiva contemporánea, hice dos años, y a mí siempre me gusto todo lo que es terapias contextuales como ACT, así que desde el año pasado que me

estoy formando y me sigo formando en la terapia de aceptación y compromiso. Como me gusta todo lo que son las terapias contextuales me forme en una institución especializada en ACT, y ahora sigo con una referente de ellos en un grupo de estudio de terapias contextuales. Sigo formándome, y bueno en cuanto a la perspectiva de género ya venía militando allá en Córdoba en agrupaciones y mi tesis la hice sobre violencia de género en adolescentes. Después vine acá, pare un poco la formación pero se abrió el año pasado este posgrado que me intereso mucho, así que me anote y ahí empecé a incorporar un poco más de conocimientos.

- Noelia: ¿Identificas cuáles son las razones que te convocan a trabajar en diversidad y género?
- Alicia: bueno al principio, como yo vengo de un pueblo de Córdoba, se movilizó algo en mí a partir de la marcha de Ni Una Menos en el 2015 y además tuve una materia que es violencia contra la mujer en la facu, y ahí me empezó a interesar mucho, no porque yo haya vivido una experiencia traumática o una situación de violencia, ósea por el hecho de ser mujeres atravesamos situaciones de violencia cotidianas, pero no es algo que me haya generado algo muy desde lo privado, sino como bueno la lucha me movilizó mucho, pertenecer a un espacio, a una ONG, atravesadas por la teoría feminista. Le di un cierre y un “qué hacer” a mi profesión. Encontré además que me gustaba ACT y encima que en algún espacio podía mezclar el feminismo con eso y dije “esta es la mía”. Creo que eso me movilizó, mucho desde lo personal, por empezar a marchar y acompañar, y también el proceso que yo hice desde lo personal, empezar a deconstruir un montón de cosas, de concientizarme, eso me llevo también a querer trabajar con eso. Después de que hice la formación en la institución me llevo a movilizarme a trabajar más con diversidad, que no es una población con la que yo trabajaba con minorías, porque estaba más alejada. Yo trabajo en el gobierno, en uno de los CIM (centro integral de la mujer). Ahí asistimos situaciones de violencia, pero después del curso también me intereso la cuestión de la diversidad, que está en otro escalón, es otra lucha dentro del feminismo pero mucho más invisibilizada. Yo también sentía que al no formar parte, porque soy heterosexual y considero que tengo otros privilegios, empatice mucho por eso y me generó un interés en atender todo lo que tiene que ver con diversidad.
- Noelia: ¿Cómo conociste la institución y el espacio de supervisión de Diversidad y Género?
- Alicia: bueno la institución la conocí al hacer la formación de TCC, pero ya estando ahí como siempre me intereso el tema, cuando salió el, me anote sin dudar. El espacio como

supervisión fue algo que lo plantearon Silvia y Juan por pedido de algunos profesionales cuando empezó el posgrado, y bueno cuando iba presencial, cada vez que terminaba la formación seguía el grupo de supervisión, y si no me coincidía mucho con el trabajo me quedaba, porque sentía que era un espacio no solamente que estaba con mucha apertura de diferentes corrientes, porque no solo hay gente de contextual, sino también de sistémica, conductuales, cognitivos, etc, que eso me re gusto porque no es tan fácil encontrar un espacio abierto a escuchar diferentes opiniones, canales. Bueno uno del equipo me pregunto si quería ser parte, y le pregunte a Silvia si podía participar, y me dijo que sí, porque el requisito es “ser solo buena persona” (se ríe). Como muy humano el grupo, muy positivo.

- Noelia: Pasando a la dinámica de funcionamiento ¿Para vos cual es el rol que asumen los coordinadores del espacio? ¿Y cuál consideras que es el rol que asumís?
- Alicia: A mí me parece que más allá de su rol de coordinadores, llevan a la práctica lo que se ve en la teoría y en el curso, esto de la horizontalidad. Más allá de que haya diferentes corrientes entrecruzadas, a mí lo que me gusta de su rol es que también está realmente atravesado por la perspectiva de género, no es solo de la boca para afuera. Y me parece que tienen, más allá de sus conocimientos porque son re capos, son muy genios, pero más allá de su recorrido se nota que tienen esta característica de la humanidad y compasión, que no todos tienen en otros espacios y que a mí me encanta. Y yo en el rol de supervisada me sentí no juzgada, que eso me encanto porque no en todos los espacios se da esto de una forma tan amable y amena. A mí me genera muchos nervios tener que supervisar o hacer de terapeuta, porque eso me genera mucha incomodidad, pero se siento este espacio como un lugar donde te podes equivocar pero se siente de una forma más amable. Me parece que está bueno esto de escuchar como todas las intervenciones que haya, no solo los coordinadores, por eso me parece un lugar muy ameno, y de mucha apertura. No sé si te respondí.
- Noelia: Si, perfecto. A raíz de lo que me dijiste, ¿Son esas algunas de las razones por las cuales elegís el espacio? O ¿existen otras razones?
- Alicia: si, podría decirse que es por eso. Me gusta la dinámica que hay. Me gusta mucho la primer parte donde cada uno puede hacer como mindfulness, eso me parece un momento re cuidado y hace que se empiece de otra forma. Me gusta que todos podamos hacerlo que no haya una forma, ósea si hay una forma, pero también es un espacio donde animarse a hacerlo

sin importar como. A mí también eso es algo que me genera mucha ansiedad de saber cómo lo hago, de usar tal técnica, me parece algo re cuidado y a mí eso me encanta. Después lo del role playing me encanta porque aprendo un montón, pero me da muchos nervios hacer de terapeuta. Pero me parece que esa parte es de mucho aprendizaje porque vas incorporando muchas habilidades y te vas moldeando al ver a la otra persona hacer de terapeuta. Y la última parte me re gusta en la que todos pueden intervenir y tirar su parecer acerca de lo que harían desde sus diferentes perspectivas. Siempre validando las cosas que se hacen bien y lo que gusto, que eso es re importante porque refuerza un montón. Pero si tuviese que elegir la primera parte me encanta del espacio.

- Noelia: ¿Qué es lo que más te genera resonancia en tu propia práctica clínica de la supervisión en este espacio? ¿Porque te parece importante la supervisión a nivel de técnicas ensayadas?
- Alicia: yo siempre tengo dudas, pero aunque no las tenga si alguien va y pregunta me esclarece un montón. Si hubo una vez que lleve un caso en el que estaba trabadísima, era una situación de violencia. La mujer venía sufriendo muchas situaciones de violencia, no era extrema, pero me genero muchas dudas. Me sirvió mucho a mi distanciarme un poco, no solo trabajar la situación de violencia, pero me acuerdo que la persona que hizo de terapeuta me ayudo a distanciarme de la situación, más o menos como la sesión pasada, poder distanciarse. Muchas veces las mujeres víctimas de violencia se identifican con eso y se quedan agarradas ahí y a mí también me llega a pasar, aunque estoy acostumbrada a trabajar con esta temática porque trabajo en un dispositivo que es municipal, que está bastante focalizado. Bueno en este caso las intervenciones me ayudaron a que la paciente no se identifique solo como una persona víctima de violencia sino que más tiene, que cosas más hace, como ampliar un poco la autoobservación que la persona tiene de su vida, sus fortalezas, etc. Yo también estaba trabajando solo con esa identificación de víctima de violencia y no con otras cosas. Entonces fue como un para, no es solamente una persona que atraviesa situaciones de violencia, también hay otras cosas, así que eso estuvo buenísimo.
- Noelia: y en cuanto a lo vincular, respecto de tus compañeros y los coordinadores, ¿Hay algo que quieras resaltar?
- Alicia: yo en realidad si conozco a los del equipo, porque la mayoría hicieron el curso de posgrado el año pasado, por lo que tenemos una relación de estar más ahí los miércoles en

cada encuentro. Si por ejemplo, cuando tengo situaciones que derivar, hay una de las chicas que trabaja en la casa del orgullo, y se las derivo para que puedan formar parte del grupo. No es que tenga una relación por fuera sino más bien es una relación profesional. Pero si cuando me hablo, hablo contenido que tenga que ver con el trabajo. Con otro del equipo tal vez tengo una relación más personal porque me supervisaba casos personales, pero con el sí hablaba y tenía más afinidad. Pero con frecuencia nos vemos los miércoles en la supervisión y en la reunión de equipo, pero solo cuando hay que hablar cuestiones de derivación o bien cuando se suma una persona como paciente, en esas cosas estamos muy comunicados y atentos. Tenemos un grupo de WhatsApp, entonces ahí compartimos cosas, novedades, investigaciones, etc. Así que virtualmente estamos en comunicación, pero sino son los espacios de los miércoles.

- Noelia: ¿Queréis agregar algo más acerca de la importancia del espacio?
- Alicia: no, creo que no. Algo que sí me parece importante es que es un espacio gratuito. Creo que ya era gratuito desde antes de la pandemia. Porque no es tan fácil que haya un espacio gratuito de supervisión en lugares como ésta institución, más por los profesionales que aportan ahí porque tienen mucho recorrido y se puede sacar mucho jugo de ellos. Entonces me parece que la gratuidad lo hace más importante aún. No es menor que sea así. Pero más allá de eso me parece que lo más importante es que es un espacio con mucha disposición, apertura, flexibilidad y horizontalidad, que es lo que hace que sea un equipo de género y diversidad, lo cual es congruente entre lo que se dice y lo que se hace. Obviamente debe tener sus cosas, pero me parece que son muy abiertos quienes coordinan. Por eso hace que el espacio sea abierto a lo que se plantee.

### 8.3. Entrevista 3: Terapeuta Clara

- Noelia: Hola Clara, gracias por darme la entrevista. Te comento que estoy realizando mi TFI en base al espacio de supervisión de Diversidad y Género, y por ello quería realizarte algunas preguntas. Si te parece, ¿Puedo grabarte?
- Clara: Hola Noe, si, grabala.
- Noelia: Muchas gracias. Comenzamos con la primera pregunta. ¿Qué edad tenés?
- Clara: tengo 68 años

- Noelia: ¿A qué te dedicas como psicóloga? ¿Cuál es tu área de trabajo?
- Clara: Tengo una formación múltiple. Empecé de grande la carrera, como a los 44 años cuando mis hijos ya eran grandes. Empecé con psicología social, son 5 años. Después hice psicodrama muchos años en un instituto y luego de forma privada. Luego iba a hacer counseling porque con 3 hijos no me animaba a una carrera universitaria, pero mi marido me animo a hacer lo que yo quería, así que termine estudiando psicología. Cuando termine quería psicoanálisis, pero mi primer trabajo fue como sistémica, así que la rama sistémica es mi filosofía de vida, la verdad que me case con esta formación. Hice también cognitiva y por eso te digo, tengo una formación con muchas herramientas de distintos lugares. El año pasado hice el posgrado de género y diversidad y ahí Silvia me pregunto si quería formar parte del equipo.
- Noelia: ¿Identificas cuáles son las razones que te convocan a trabajar en diversidad y género?
- Clara: Todo siempre tiene que ver con la historia de uno. Yo creo que lo que me pego mucho es el tema de la discriminación, el sufrimiento y sobre todo la discriminación. Yo nací en Bolivia y siempre me sentí discriminada por blanca, por gringa, por judía. Mis padres fueron echados de Alemania, y tuvieron que asentarse en Bolivia dejando todo en Alemania. Esta cosa de injusticia, discriminación y sufrimiento me puede haber llevado a tener un interés por esto. Yo siempre, antes de profundizar en las temáticas de género, luche mucho por mi lugar de mujer. Tengo tres hijos varones así que es eso lo que mis hijos aprendieron. Es una combinación de todas esas cosas.
- Noelia: ¿Cómo conociste la institución y el espacio de supervisión de Diversidad y Género?
- Clara: bueno te cuento que llegue al posgrado de género y diversidad porque ese campo a mí me interesaba mucho hace muchísimos años, y porque en un momento escuche un seminario de Jean Malpace que es de la Akerman institute of NY y que vino acá a dar un seminario en otra institución. Ahí me fascino y empecé a investigar y a leer. Y acá en Buenos Aires no encontré ningún lugar que tenga una formación de esto. A partir de un compañero, me mando el flyer de foro donde yo había hecho varios seminarios, así que feliz de poder formarme en esto. A partir de la formación es que conocí el espacio de supervisión.
- Noelia: Pasando a la dinámica de funcionamiento ¿Para vos cual es el rol que asumen los coordinadores del espacio? ¿Y cuál consideras que es el rol que asumís?

- Clara: como hice la formación y Silvia es la directora y Juan el profesor/asistente, empecé viéndolos de esa manera. Y hoy en día la veo a Silvia como coordinadora pero me parece que Juan es más un par, a mí me encanta el desarrollo de Juan, del Juan tímido y que se notaba que le costaba al principio, ahora lo noto mas parte. Creo que en este grupo de supervisión hay una cosa de pares, de mucho respeto donde todos podemos participar desde un lugar de igualdad. Todos sabemos que tenemos que aprender un montón y todos sabemos que aprendemos del otro, porque tenemos formaciones diferentes básicas, entonces creo que es muy rico. Yo me siento parte del equipo, siento que hay una horizontalidad. Silvia coordina desde la parte organizativa, de tomar el rol de tener la voz que más se escucha. Cuando no hay alguien que haga el ejercicio de mindfulness lo hace ella, al igual que si nadie tiene un caso ella lo trae, es decir que ella sostiene y activa el grupo, pero en cuanto a la supervisión de pacientes hay una horizontalidad, no importa la edad o años de ejercicio, bueno vos viste, todos opinamos.
- Noelia: ¿Cuáles son las razones que te convocan a trabajar en este espacio de supervisión?
- Clara: es un espacio de supervisión que tiene en si una norma, o consigna que es que uno tiene que traer casos que tienen que ver con minorías sexuales, violencia de género, no necesariamente pacientes de foro, porque hay pocos pacientes de foro. Pero si consultantes que tengan esa temática. Y por eso es que este espacio me convoca. En algunos casos me cuesta determinar si es o tiene que ver con eso o no porque para mí todas las consultas tienen que ver con eso, no con la violencia de género, sino que siempre hay algo de esto de conflictos de género, como cohesiones que tienen que ver con género, con la preceptiva de género. Me parece que todos aprendimos a tener una mirada cuestionadora o critica en este sentido, de verlo o no desde la perspectiva de género. Además, me parece que está bien llevado el tiempo, me parece un grupo cálido, abierto. Lo disfruto mucho.
- Noelia: ¿Qué es lo que más te genera resonancia en tu propia práctica clínica de la supervisión en este espacio? ¿Porque te parece importante la supervisión a nivel de técnicas ensayadas?
- Clara: yo participo de muchos espacios de supervisión y este es muy particular, porque tiene ese momento del ejercicio de mindfulness porque creo que es un ejercicio que a todos nos hace bien pero que no en todos los equipos es viable o se usa, pero la formación de diversidad y genero tiene que ver mucho en eso, y yo personalmente aprendo un montón y lo llevo a

otros lugares. En realidad me gusta todo, porque me gusta esto de que no hay una forma especial de supervisar, porque la consigna es “hagan de terapeuta para aprender”, no importa si se equivocan, la cosa acá es poner en juego lo que uno sabe y eso me gusta, me parece que está buenísimo porque aprendemos uno de otros. La parte donde cada uno comenta acerca del caso, también me parece importante y resuena mucho en mi práctica particular porque cada uno comenta desde lo que sabe, desde diferentes lugares.

- Noelia: y en cuanto a lo vincular, respecto de tus compañeros y los coordinadores, ¿Hay algo que quieras resaltar?
- Clara: Recién me incluí en el de clínica por ejemplo, y me cuesta muchísimo integrarme. No me pasa lo mismo con los miércoles, ósea hablamos del disfrute. Bueno Carlos el otro día también lo mencionó, no sé si lo escuchaste, que dijo “acá como que hay un ambiente muy diferente a otros equipos”. Es interesante como lo percibimos y la diferencia, obviamente somos muchos menos en este equipo, eso ya hace que sea más un grupo más cercano. Nosotros hicimos la formación juntos el año pasado. Y el posgrado el año pasado fue presencial, y fue muy íntimo, muy fuerte, hubo mucho trabajo. Fue un posgrado súper exigente, tuvimos que leer y como era presencial todo era diferente. Y el elenco estable de la supervisión ahora, yo le digo elenco estable porque hay gente que vienen y van, nos conocemos muy bien a pesar de hace tan poco conocernos.
- Noelia: ¿Querés agregar algo más acerca de la importancia del espacio?
- Clara: no, ósea lo único que espero es que haya más consultas, de género y de diversidad, de las minorías sexuales, porque para mí es el tema que me interesa. Yo no trabajo para ninguna prepaga, trabajo privado. La institución a mí no me interesa por lo económico en ese sentido, sino por el tipo de consultantes que llegan, para abrirme en ese campo que hace mucho que vengo buscando. La verdad lo disfruto mucho.