

PLANTÓN PSICOLÓGICO

Ampliando La Mirada Clínica En Ámbitos Comunitarios

Por Lic. Javier Panziera

Resumen:

El presente trabajo tiene por objetivo dar cuenta del dispositivo de Plantón Psicológico en instituciones sociales (como hospitales, escuelas, clubes deportivos, cárceles y centros culturales), basado en las experiencias de Brasil en “Plantão”. Se presenta la conceptualización de esta forma de abordaje desde el Enfoque Centrado en la Persona, además de describir aportes genuinos, procedimientos generales y modo de funcionamiento dentro de las políticas públicas en la Provincia de Santa Fe.

Resumo:

O presente artigo visa dar conta do dispositivo de Plantão psicológico em instituições sociais, baseado em experiências no Brasil. Apresenta-se a conceituação da Abordagem Centrada na Pessoa, além de descrever contribuições, procedimentos gerais e modo de operação nas políticas públicas da Província de Santa Fé, Argentina.

Abstract:

The present article aims to account for the Emergency Psychological Attendance service (Plantão) in social institutions, based on experiences in Brazil. The framework of this way of attending is based on the Person Centered Approach, besides describing own contributions, general procedures and ways of operation on the Social Development Ministry of the Santa Fe Province, Argentina.

Palabras Clave: *Derechos Humanos - Salud colectiva – Psicología Comunitaria – Enfoque Centrado en la Persona - Justicia Social.*

El florecimiento de una mirada Latinoamericana

En el año 2016, el Gobierno de la Provincia de Santa Fe creó un organismo específico dentro del ministerio de desarrollo social, para promover y garantizar los derechos de personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersex y de Género no Binario. Uno de los primeros programas en ser implementado, fue el que tenía como objetivo brindar asistencia a las personas de este colectivo que históricamente fueron invisibilizadas, marginadas y vulnerabilizadas. A lo largo del complejo proceso de diseño de las políticas públicas, nos encontramos con que gran parte de las personas de este colectivo se encontraban atravesando situaciones

de riesgo o demandas de extrema urgencia en diversas áreas. Por este motivo, los dispositivos tradicionales diagramados desde una lógica médico-conservadora se mostraron deficientes a la hora de poder brindar contención y acompañamiento real y eficaz.

A partir del año 2018, es que se empezó a implementar un dispositivo que pudiera alojar a las personas Transgénero basado en un modelo desarrollado por investigadores e investigadoras de Brasil conocido como “Plantao”. El mismo consiste en un tipo de servicio, coordinado por profesionales de las relaciones de ayuda (psicoterapeutas y trabajadores sociales) que se mantienen a disposición de cualquier persona que solicite un espacio de escucha, en

días y horarios previamente anunciados en las instituciones de forma ininterrumpida durante el año (Roseenthal, 1999). Los llamados “Plantonistas” dan respuesta a una gama sumamente amplia de demandas sociales, focalizando sus intervenciones en facilitar en quien consulta el desarrollo de una visión más clara de sí misma, de su forma de comprender la situación problemática y de los recursos (personales y comunitarios, actuales o potenciales para afrontar la misma (Mahfoud y Rosemberg 1987).

De este modo, el Plantón psicológico surge como una modalidad alternativa de asistencia psicológica a los abordajes terapéuticos tradicionales, es de carácter breve y busca fundamentalmente, en una o hasta cuatro encuentros o “sesiones” de duración variable, contener, auxiliar y orientar en la resolución de dificultades referidas a cuestiones de emergencia y que no siempre necesitan un seguimiento prolongado (Kahhale, 2002). Por emergencia no

nos referimos necesariamente a crisis subjetivas o cuadros psiquiátricos severos, sino a aquello que emerge y se manifiesta con carácter prioritario o de urgencia. No obstante, una escucha inmediata, que recibe a la persona en el momento crisis, muchas veces ayuda a que la intensidad de esta dificultad no llegue a alcanzar mayores niveles de complejidad o un punto crítico que represente riesgo inminente y que requiera abordajes más radicales (Tassinari, 2003).

A continuación se presentará el Enfoque Centrado en la Persona, como base teórica que fundamenta ética y epistemológicamente este dispositivo y, posteriormente, algunos aportes técnico-metodológicos provenientes del modelo experiencial procesual (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2016), que fueron introducidos en la práctica del Plantón en la Sub Secretaría de Políticas de Diversidad Sexual de la Provincia de Santa Fe.

Fundamentos del Enfoque

Centrado en la Persona

En 1896 Lightner Wittmer conceptualizó su forma de trabajo en el campo de “Psicología Clínica” tomando como modelo a las ciencias médicas que utilizaban el mismo concepto para referirse a la utilización del saber disciplinar para asistir a personas en estado de padecimiento mediante procedimientos que tendieran a curar dicho estado (Fernández Álvarez, 1992). De este modo, los formatos tradicionales de las relaciones profesionales de ayuda estuvieron fuertemente influenciadas por la Medicina, donde el profesional se situaba como experto que proveía diagnósticos y tratamientos intra-individuales tendientes a curar la entonces considerada “enfermedad mental” (Galende, 2015).

Hacia 1950 Carl Rogers, referente del movimiento humanístico, rompió con este monopolio médico en lo que concierne a la asistencia de personas en situación de padecimiento psicosocial, instalando

una mirada orientada hacia la salud y al desarrollo, además de producir las primeras investigaciones empíricas en psicoterapia realizadas por un profesional de la psicología, que dieron origen a su modelo llamado “Enfoque centrado en la Persona” (Vilanova, 1993). La hipótesis básica de esta aproximación sostiene que, las personas somos movidas por un conjunto de fuerzas interiores que nos llevan a desplegar nuestros recursos y potencialidades, además de permitirnos enfrentar y sobreponernos a las adversidades, a esta fuerza la denominó “Tendencia Actualizante” (Rogers 1983). Para que esta fuerza se manifieste, se requiere que un clima de calidez y seguridad interpersonal, libre de amenazas además de que presenten una serie de características colaboradoras (Rogers y Kinget, 1962).

En sus inicios, las contribuciones del Enfoque Centrado en la Persona, posteriormente llamado “Enfoque Personalizado” (ECP), se dirigieron específicamente al ámbito de la psicoterapia. Posteriormente,

Carl Rogers amplió sus investigaciones incluyendo problemáticas de la educación, de las empresas, organizaciones y la mediación comunitaria (Rogers 1983). El rol del profesional que interviene en cada uno de estos ámbitos es el de facilitar el despliegue de la Tendencia Actualizante y confiar en la capacidad de auto-dirigir conductas afirmativas de las personas. Esto demanda en quienes pretendan facilitar procesos de ayuda (Rogers, 1972) que: a) Valoren a la persona que consulta incondicionalmente, sin influenciarse por juicios moralizantes ni preconcepciones pasadas, esto permite que quienes ocupan espacios de facilitación puedan aceptar la experiencia de quien consulta sin censuras ni intentos de modificarla, además de poder experimentar una actitud positiva y de calidez; b) Tengan la capacidad de adoptar el marco de referencia de la otra persona para percibir sus sentimientos y significados del modo único y singular que los experimenta momento a momento en la medida que emergen,

y posteriormente comunicar de manera sensible esa comprensión; c) Evitar una postura distante, de experto, para poder ofrecer una relación auténtica, genuina y real, de persona a persona, sin esconderse tras fachadas, máscaras o un título profesional, que esté en sintonía o estado de congruencia con sus sentimientos para expresarlos en la relación con la persona que consulta.

Epistemológicamente, el ECP nace con una impronta claramente constructivista y fenomenológica, en tanto que las hipótesis desarrolladas por Carl Rogers provinieron de contemplar, analizar y contrastar las conclusiones de su propia experiencia (Rogers, 1966). En este sentido, no es menor que sus contribuciones hayan sido las primeras en ser validadas empíricamente por medio de ensayos clínicos y el estudio de sesiones video-grabadas. El mismo Rogers fue modificando su trabajo según la evolución de sus investigaciones, es así que el ECP se constituye como una plataforma, sólida, dinámica y amplia para comprender al ser

humano de forma holística (Sánchez Bodas, 2001), las relaciones interpersonales (Rogers y Kinget, 1967), y poder desarrollar medios técnico/tecnológicos para promover y facilitar el potencial de las personas (Artiles, 1994).

Con el paso del tiempo, otros investigadores e investigadoras, como Eugene Gendlin y Natalie Rogers, desarrollaron contribuciones que si bien sostienen la hipótesis básica de la Tendencia Actualizante como núcleo de su orientación, se apartan del constructo intermedio que la operativiza (Serroni-Copello, 1998) conocida como “No directividad”. Inicialmente, el mismo consiste en la abstinencia del o la facilitadora en emplear técnicas, procedimientos o recursos por fuera de la escucha del consultante, que intenten corregir, modificar o reparar al consultante. En palabras de Margaret Warner (2000) esto dio lugar a que *“la nación del enfoque centrado en la persona esté conformada por distintas tribus”*, es decir, que si bien los distintos modelos o aplicaciones del ECP parten de una

filosofía y concepción ontológico-política común, cada uno presenta sus matices y especificidades.

Algunos autores y autoras (Sanders, 2004) proponen reemplazar la noción de No directividad por la de Auto-dirección, en el sentido de reforzar la confianza en *“el derecho de todas las personas de ser libres de utilizar su experiencia para encontrar en ella el sentido” (...)* y *la capacidad potencial del despliegue de recursos propios”* (Rogers, 1972). De este modo, lo que distinguiría a cada modelo posterior al de Rogers, serían los niveles de intervención (Warner, 2000), el grado en que cada terapeuta introduce elementos y propuestas por fuera del marco de referencia del consultante.

Aportes desde un modelo Experiencial-Procesual

Inicialmente Leslie Greenberg y Laura Rice en la universidad de York, Canadá desarrollaron su propia propuesta dentro del ECP estudiando el proceso de cambio de sus consultantes a partir de sesiones

filmadas y nuevos instrumentos de investigación en psicoterapia. La llamaron “Terapia Procesual Experiencial”, la misma es de carácter neo-humanístico, ya que en su núcleo mantiene la convicción en la Tendencia Actualizante y en las condiciones necesarias de las relaciones de ayuda descritas por Rogers, a las que se integran recursos provenientes del Focusing, la Terapia Gestáltica y conceptos de Neurociencia Cognitiva y la Teoría de las Emociones. En este modelo, el o la terapeuta se esfuerza por estar comprometido empáticamente con su consultante para comprender a la persona desde sí misma. Este vínculo le permite al terapeuta identificar distintos tipos de dificultades que la persona puede estar atravesando durante la sesión para conformar su experiencia (Greenberg, Rice y Elliott, 1993). Por este motivo, para facilitar el proceso del consultante, se proponen distintos experimentos vivenciales para que él o la consultante y quien facilita transiten juntos. La premisa que sintetiza el rol de los y las

terapeutas es el de “liderar siguiendo”, es decir, sin controlar el contenido de lo que vivencia la persona, se proponen distintas direcciones para que él o la consultante puedan tomar y utilizarlas libremente para su auto exploración (Greenberg y Elliott, 2016).

Otra forma de presentar y describir este modelo de trabajo, es mencionar que descansa sobre dos grandes tipos de principios (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2016), estos son los principios propios de la relación, y por otro lado los principios que fundamentan el modo en el cual se introducen tareas experienciales terapéuticas. Así, se establece una relación dialéctica entre los aspectos orientados a seguir el proceso del consultante, y aquellos que buscan proporcionar una base clara de trabajo, lo suficientemente flexible como para que las personas puedan tomarlas y modificarlas según lo necesiten. A continuación presentaremos las características generales y propuestas del encuadre a partir de la cual se configura el

espacio de escucha del Plantón aquí propuesto.

Proponer una dirección sin dirigir

La real inclusión de un paradigma de derechos humanos y justicia social implica abordar de forma directa el modo en que el poder circula configurando las relaciones en nuestras comunidades y, específicamente generando posiciones asimétricas de exclusión y vulneración hacia ciertos colectivos a lo largo de la historia (Montero, 2001). Por este motivo, encontramos de suma importancia la inclusión de la *Localización Social* como forma de iniciar los encuentros. Llamamos “*Localización Social o Personal*” (Watts- James, 2010), al proceso en el cual él o la terapeuta inicia una conversación a modo de presentación en la cual auto-revela la intersección de sus identidades e invita a sus consultantes a realizar lo mismo además de reflexionar como esos aspectos pueden representar facilitadores o limitantes en la relación

interpersonal. El sentido de esta práctica es poder habitar visibilizar y deconstruir variables que implícitamente colorean experiencias de opresión de los y las consultantes, tales como raza, etnia, género, orientación sexual, identidad de género, religión. etc. Implica también, que quienes ocupan espacios profesionales de escucha reconozcan su lugar de privilegio dentro de un sistema que genera experiencias de marginación, y vulnerabilidad, además se establece el compromiso de adoptar una postura ética frente al sufrimiento de los demás, ya no como pacientes sino como semejantes (Madsen 2007).

Al establecerse estas condiciones para generar una relación democratizada, desde este modelo se plantea una forma particular de establecer el dialogo.

Las respuestas del Plantonista consisten en ofrecer constantemente oportunidades para que los y las consultantes puedan trabajar con su experiencia a la vez que se comunican

las actitudes inicialmente enunciadas por Rogers. A este proceso de conversación, lo llamamos “*dialogo personalizante*” (Sanchez Bodas, 1999). En este proceso se atiende tanto al contenido sentido de los dichos:

Consultante: *“Me siento como si estuviera atrapada en el fondo de un gran pozo oscuro... sola y atrapada... Lucho por salir, pero no me parece que pueda hacerlo”*.

Plantonista: *“Atrapada en un pozo oscuro... Como si hubieses tocado fondo?”*

Consultante: *“Si, a veces creo que ya no podría estar peor. Por más que lo intento no consigo solucionar las cosas”*.

Plantonista: *“Seguís intentando encontrar una salida y establecer contacto afuera”*.

Como así también a la dinámica y a los procesos que suceden momento a momento durante el encuentro:

Plantonista: *Veo que a veces perdes la paciencia cuidando a tu hermano...*

Puede ser que mientras que me contas esto haya una parte tuya que te esté criticando? Como si dijera “ como vas a sentir eso, sos un desalmado!”

Este no es un proceso lineal, sino recursivo y dialógico (Montero, 2001), en el cual el Plantonista va chequeando la comprensión de lo que transmite al consultante y ajustándolo según sus devoluciones, alcanzando mayores niveles de comprensión y empatía vincular (Sanchez Bodas, 2011) y desplegando distintas direcciones. Como consecuencia, el consultante alcanza una visión más clara de sí mismo, de su forma de comprender la situación problemática y de los recursos actuales y potenciales para enfrentar sus desafíos (Mahfoud, 1999).

Por último, para finalizar los encuentros, encontramos de suma utilidad incluir la propuesta de “*meta-procesamiento terapéutico*” (Fosha, 2000). El mismo consiste en pedir una devolución al consultante sobre su experiencia en el dispositivo y con el trabajo del Plantonista.

Posteriormente se invita al consultante a conectar con las sensaciones iniciales asociadas al motivo de consulta y, posteriormente a contrastar con sus vivencias en el momento presente (Fosha y Osiason, 1996). Esto, usualmente potencia la emergencia de afectos sanadores, la integración de las distintas modalidades de procesamiento y los recursos y fortalezas desplegadas a lo largo del encuentro.

En lo que refiere a los aspectos Ético- Políticos propios de todo paradigma (Dussel, 1988), se requiere

del Plantonista que se disponga al encuentro con lo inesperado, trascienda los modelos dominantes para adoptar una mirada clínica ampliada, abandonando planteos reduccionistas, nutriéndose de diferentes producciones teóricas, incorporando la promoción de la salud (Sánchez Bodas, 1993) y contemplando prácticas que superen la lógica intra-individual del consultorio para incluir ámbitos familiares, comunitarios y sociales, interviniendo en escenarios anteriormente ignorados.

Referencias

Artiles, M. y cols. (1994). *Psicología Humanista, aportes y orientaciones*. Hernandarias.

Dussel, E. (1988). *Introducción a la filosofía de la liberación*. Bogotá: Nueva América.

Elliott R., Watson J., Goldman R. y Greenberg L. (2016). *The Process-Experiential approach to change*. American Psychological Association. Washington, DC.

Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: a model of accelerated change*. New York: Basic Books.

Fosha, D. & Osiason, J. (1996). Affect, "truth" and videotapes: accelerated experiential/dynamic therapy. Presented at the spring meeting of Division 39 (Psychoanalysis) of the American Psychological Association. New York City

Greenberg, L. y Elliott, R. (2006). *Emotion Focused Therapy. An introduction*. Person-Centered Quarterly, February 5-6.

Kahhale (2002). *A diversidade da psicologia: uma construçao teórica*. Ed Cortez.

Mahfoud, M y Rosenberg, R (1987). *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo: EPU. 1987.

Mahfoud, M. (1999). *Plantao Psicológico: Novos horizontes*. Sao Paulo: Ed Cl.

Montero, M. (2001). *Ética y Política en Psicología: Las dimensiones no reconocidas*. Atenea Digital. 0: 1- 10.

Morato, H. (2009). *Plantão Psicológico: Inventividade e plasticidade*. IX Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições – atenção psicológica: fundamentos, pesquisa e prática.

- Rogers, C. (1966). Psicoterapia Centrada en el Cliente. Ed Paidós
- Rogers, C. y Kinget, M. (1967). Psicoterapia y relaciones Humanas. Ed Alfaguara.
- Rogers, C. (1972). El proceso de Convertirse en Persona. Ed Paidós
- Rogers, C. (1986). El camino del Ser. Ed Kairós Troquel.
- Rogers, C. (1989). Teoría de la personalidad, la terapia y las relaciones humanas. Ed Nueva Visión.
- Rosemberg, R. (1987). Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa. Sao Paulo: EPU.
- Sánchez Bodas, A: (1993) ¿Crear Salud o Curar Enfermedad?. Ed Holos, Buenos aires, Argentina
- Sánchez Bodas, A. y cols. (1999). Counseling Humanístico. Ed Holos, Buenos Aires, Argentina.
- Sanchez Bodas, A. (2001). Buscar un Lugar en el Mundo. Ed Del Buevo Extremo, Buenos Aires, Argentina.
- Sánchez Bodas, A. (2011). Enfoque Holístico Centrado en la Persona. Ed Lea, Buenos Aires, Argentina.
- Sanders, P. (Ed) (2004). The tribes of the person-centered nation: An introduction to the schools of therapy related to the person centered approach. Ross-on-Wye, United Kingdom PCCS Books.
- Serroni-Copello, A. (1998). Diálogo, Racionalidad y Salud Mental. Ed ADIP, Buenos Aires Argentina.
- Tassinari, M. (2003). A Clínica da Urgência Psicológica: Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Vilanova, A. (1993). Contribuciones a la psicología clínica. Algunos aportes teóricos de psicólogos notables. Ed ADIP, Buenos Aires, Argentina.

Watts- James, (2010). Location of Self: Opening the Door to Dialogue on Intersectionality in the Therapy Process. Family Proces, 46(3).

Warner, M. (2000). Person Centered psychotherapy: One nation, many tribes. Person Centered journal 7(1), 28-39.