

EL SAOP: UN DISPOSITIVO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

Lucio Cerdá

El SAOP (Servicio de Asistencia y Orientación Psicopedagógica) es una institución asistencial de la Facultad de Ciencias Sociales que en su génesis se propuso desplegar dos objetivos claramente diferenciados:

1. Formación teórica y clínica para los egresados noveles de la Carrera de Psicopedagogía de la U.N.L.Z, es decir, actividades docentes, de investigación y de supervisión.
2. Asistencia a la comunidad circundante a través de la creación de un espacio gratuito, que se ofrece como un sitio de asistencia y orientación de problemas institucionales e individuales relacionados con el aprendizaje en sentido amplio, es decir, más allá de lo específicamente curricular y de lo didáctico propiamente dicho, aunque desde ya tal problemática se encuentra incluida.

Cuando se comenzó a trabajar en el diseño del dispositivo, se convino en ir realizando una tarea crítica en relación con la propuesta de inicio con el objeto de verificar en la práctica cotidiana si los presupuestos que el grupo de trabajo inicial podían, en efecto, llevarse a cabo.

Luego de diez años de tarea, parece apropiado efectuar un balance integral acerca de la experiencia realizada y con este objetivo, en este capítulo se plantean reflexiones que permiten no sólo sistematizar apropiadamente lo efectuado, sino además poner en conocimiento de la comunidad universitaria y académica una serie de consideraciones teóricas y técnicas fruto de la tarea llevada a cabo.

Acerca de la demanda

El primer aspecto que consideramos relevante señalar, consiste en la necesidad que el grupo de trabajo tuvo de reevaluar las características de la población que preveíamos, concurriría al Servicio.

Si bien suponíamos que podrían presentarse una variedad de patologías de distinto rango y complejidad, la realidad nos mostró que la demanda que acude al SAOP dista mucho de presentar problemáticas propias de lo que clásicamente se conoce en nuestro ámbito como “problemas de aprendizaje”.

En efecto, la población que acude a nuestro Servicio proviene de zonas altamente pauperizadas y con enormes déficits socioeconómicos y culturales. Se trata en un gran porcentaje, de población de alto riesgo, caracterizada por pertenecer a sectores muy castigados y rezagados desde el punto de vista socioeconómico.

De tal modo, nos hemos visto enfrentados a una gama de problemáticas vinculadas a familias irregulares, padres desocupados o subocupados, violencia intra y extrafamiliar, carencias emocionales graves y desórdenes sociales de variado tipo, así como un alto porcentaje de niños con daño neurológico vinculado a ausencia de controles sistemáticos, tanto obstétrico como pediátrico.

Por otra parte -y este aspecto es de enorme importancia- al ser el SAOP cada vez más conocido, se fueron acercando a solicitar atención niños con dificultades y patologías atípicas, es decir, muy poco frecuentes en la población general. La derivación provenía, y lo sigue siendo, de servicios de neurología de hospitales de la zona sur del conurbano bonaerense.

Fue así que debimos actualizarnos rápida y muy seriamente en distinto tipo de afecciones genéticas, diversos cuadros no frecuentes de epilepsias y muchos otros trastornos con base orgánica, que originan dificultades más o menos serias en los aprendizajes.

Del mismo modo, se acercaban a la institución un número creciente de pacientes con serios disturbios psíquicos, generalmente rotulados con el diagnóstico de TGD (trastorno generalizado del desarrollo).

En este marco, se hizo necesario rediscutir el dispositivo de atención, en tanto presumimos que, dadas las condiciones sociales explosivas que estaba atravesando nuestro país alrededor de la crisis de 2001, era altamente probable que la demanda que continuaría interpelando a la institución obligase a la institución y a sus miembros a un serio compromiso de actualización, investigación y formación.

Acerca del dispositivo institucional

Diseñar un modelo de atención supone la elaboración de un dispositivo que pueda dar cuenta tanto de los recursos humanos con que se cuenta, como de los objetivos y naturaleza de la institución misma.

En este sentido, el SAOP es una institución de carácter público y gratuito, sostenida por el Estado a través de los fondos que éste destina a las Universidades Nacionales, en este caso concreto, a la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. De tal manera, es necesario plantear con toda claridad un modo de atención que asuma esta condición de espacio público con todo lo que ello significa. Este aspecto será desarrollado más abajo, en relación con la discusión de los marcos teóricos adoptados.

Comencemos planteando que el SAOP se propuso realizar el esfuerzo de diseñar una teoría y una práctica de la prevención y atención psicopedagógica basada, en primera instancia, en delimitar y esclarecer la problemática de consulta para posteriormente, establecer la posible pertinencia de un tratamiento, es decir, desarrollar entonces una tarea propiamente asistencial.

Se trata, en primer lugar, de no olvidar que la asistencia que se brinda en el SAOP nunca debe ser entendida como una réplica más o menos semejante a la de un espacio privado. De pensar así, no se entendería en primer término la lógica de lo institucional y, lo que resulta más grave, se extrapolaría un modelo médico-clínico (disfrazado en el mejor de los casos de psicoanálisis de niños) de manera acrítica, y por lo tanto falaz.

Cuando esto sucede la lógica que se aplica es la siguiente:

El único paradigma válido de asistencia lo constituye el elaborado para el espacio privado. Por lo tanto, se tratará de adaptar el espacio público, de la manera más mimética posible, al único modelo presuntamente válido.

Cualquier actividad que se piense por fuera del modelo de atención privada, es deslegitimada de manera apriorística, sin dar razones de ello. Como puede verse, no sólo existe aquí una cuestionable mirada ideológica, sino errores serios de carácter teórico y clínico.

Como en toda institución de este tipo, en la que por razones de organización se dispone un tiempo acotado del tiempo de atención, se hace necesario repensar de manera específica la dirección de la cura, teniendo en cuenta que es altamente probable que el paciente deba continuar su atención en otra institución, una vez finalizado su período de tránsito en el SAOP. De allí la importancia de lo que denominamos creación de sentido en relación con la situación de consulta, que no deba adoptarse un modelo clínico tal, que lleve al paciente y a su grupo familiar a una frustración cuando le sea realizada el alta institucional.

Un modelo de asistencia institucional, insistimos, no es una réplica menor de lo que se haría en un ámbito privado, pues aquí son diferentes las demandas, los objetivos con que se encara la tarea, las condiciones materiales con que se trabaja, y la legitimidad con que se cuenta.

Cuando se lleva a cabo un desempeño en una institución pública, se hace necesario adoptar criterios que surjan de su condición de espacio no privado: un lugar donde lo que se privilegia son los objetivos comunitarios, en este caso lo que en un sentido amplio podríamos denominar salud mental, y por lo tanto el ejercicio de una ética solidaria.

Un ejemplo de lo que venimos planteando, se visualiza en el hecho de ciertas condiciones del contrato terapéutico que se establece con la familia o los adultos responsables del paciente, vinculado a la periodicidad de los encuentros terapéuticos. En la entrevista de admisión, le es informado a los adultos responsables que si un paciente se ausenta dos sesiones seguidas sin aviso justificado, el Servicio decide automáticamente la baja de dicho paciente.

Los motivos son bastante claros: en principio (excepción hecha desde ya de circunstancias extraordinarias) parece claro que si una familia no se comunica con el Servicio ni siquiera telefónicamente en 15 días para dar razón de las ausencias, demuestra no haber asumido un compromiso explicitado de antemano. Por otra parte, la experiencia nos ha mostrado que, cuando esto sucede a pesar del contrato acordado, el paciente -que siendo un niño no decide cuándo venir- comienza a acumular una cantidad de ausencias que hacen imposible cualquier abordaje serio de sus dificultades.

Asimismo, dado el número muy elevado de niños que consultan, suele generarse una cantidad de solicitudes de ingreso que no pueden ser satisfechas de inmediato, razón por la cual los espacios deben valorarse en función de los futuros pacientes que se hallan en lista de espera.

Los procedimientos fundamentales

En efecto, un primer paso consiste en plantear a padres y /o escuelas consultantes la posibilidad de comprender, con la mayor claridad posible, la complejidad de la situación que los lleva a consultar, con el objeto de disolver las fantasías que en relación a ella podrían haberse generado. Incorporar un nuevo modo de visibilizar el conflicto no es un tema menor en los consultantes que nos llegan.

En este sentido, conviene tener presente todos aquellos andamiajes conceptuales y emocionales que permiten a los actores adultos que participan de la situación, ocupar una escena diferente de la que se trae imaginariamente. El escenario imaginario al cual aludimos no debe confundirse con lo que en Psicoanálisis se entiende como fantasma inconciente individual y, por tanto, no podemos entender este escenario imaginario como lo hacemos en la teoría freudiana, pues estaríamos realizando una transposición indebida de una teoría construida con otros objetivos, en un contexto distinto, con presupuestos teóricos diferentes y encuadres asimismo muy diferenciados.

En efecto, los padres o adultos que consultan, construyen efectivamente un conjunto de escenas imaginarias, vinculadas con el malestar que genera la situación por la cual se acercan al SAOP.

Dichas escenas se entretajan con fantasías propias, desconocimiento de eventuales problemáticas que pueden afligir al niño, y una suma de mitos o lugares comunes que suelen opacar los motivos reales de consulta.

Queda entonces, para el profesional que se hace cargo del tratamiento, desteter tales construcciones en pos de un esclarecimiento que, como hemos mencionado, denominamos creación de sentido. La idea es no solamente iluminar -hasta donde sea posible- lo que puede estar ocurriendo, sino además remover imaginarios distorsionantes que pueden convertirse en francos obstáculos de la tarea. Más adelante volveremos sobre este punto.

Criterios teórico-clínicos

Los profesionales del SAOP han adoptado una perspectiva teórico-clínica que anima la tarea, y que se constituye entonces como eje central de la labor terapéutica. Se trata de evitar las hegemonías teóricas, que esconden por lo general o bien intentos de ejercicios de poder, o simplemente una “mirada miope” o decididamente empobrecida sobre el campo que se pretende estudiar. En este sentido, luego de vacilaciones, reacomodamientos y forzosas deserciones -propias de toda gestación- se consolidó un grupo de profesionales que decidió asumir la idea de trabajar con los diversos enfoques teóricos a modo de caja de herramientas (Fernández, A.; 1999) y no con un sistema de saber cerrado, que construye miradas rígidas y hegemónicas.

De tal modo, se incorporaron a la formación y a la tarea propiamente clínica saberes provenientes de las neurociencias, los estudios del lenguaje, la genética y de neuropsiquiatría.

Estas disciplinas tienen cosas que decirnos a quienes nos ocupamos de los aprendizajes. No se trata de importarlas acríticamente, sino de utilizar ciertos recortes de sus desarrollos que pueden resultar muy útiles en la tarea de comprender a un niño que puede padecer dificultades de variada índole, que se reflejan en sus dificultades.

Estos abordajes vinieron a sumarse a una línea de trabajo que, con base en la teoría psicoanalítica, hace hincapié en la existencia de un sujeto hablante, emergente de un determinado entorno familiar que lo contextualiza en sus aspectos individuales, simbólicos y fantasmáticos. Desde este supuesto es que fueron construyéndose sucesivas y cada vez más precisas estrategias de abordaje acerca de las dificultades de los aprendizajes.

Acerca de las estrategias de intervención

Cuando hacemos referencia al término estrategias, aludimos a una praxis caracterizada por su flexibilidad clínica, que lleva la marca de la teorización psicoanalítica como un punto de partida ineludible para comprender los fenómenos de significación, pero que no puede ser la única perspectiva con que intentar el abordaje del cúmulo de determinaciones, procesos y aristas que ofrecen los aprendizajes y sus eventuales disturbios.

En todo caso, es necesario recordar que no se trata de aplicar sin más una determinada teoría que se presupone hegemónica, sin analizar sus invisibilidades, sus contradicciones y su narrativa. Por otra parte, es suficientemente claro que en el ámbito de la Psicopedagogía se está muy lejos de haber llegado a un consenso acerca de qué hablamos cuando nos referimos a la clínica y que tampoco existe una multiplicidad de concepciones teórico-clínicas, más o menos rigurosas.

Es cierto -no obstante- que la mayoría de ellas parten del basamento que ofrece la teoría psicoanalítica, sin que esto signifique una visión unívoca de la misma. Como es sabido, el campo del saber psicoanalítico no se halla libre de las disputas teóricas, ni tampoco de luchas de poder por las hegemonías del campo profesional, donde las cuestiones de prestigio y las consecuentes disputas de escuelas y/o orientaciones, se mezclan con legítimas discusiones de carácter disciplinar.

Como es obvio, no será el SAOP el lugar donde, de manera onnipotente, se pueda resolver este estado de cosas. Sin embargo, esta institución sí puede y debe contribuir, desde una labor honesta, a la configuración de un marco conceptual que permita encaminarse hacia la elaboración de

estrategias válidas en la consecución de una comprensión, lo más abarcadora e integral, de los procesos que constituyen los aprendizajes.

Fue necesario desarrollar, por lo tanto, un ejercicio de la interdisciplinariedad con el propósito de evitar hegemonías teóricas oclusivas de la tarea a realizar. En este sentido, las diferentes formaciones disciplinares deben constituir una riqueza y no una dificultad. La utilización de un determinado andamiaje teórico, no puede consistir en el único recurso de quien lo ejerce debido a la ausencia de otras lecturas, sino en un abordaje válido, aunque no se constituya en omniexplicativo.

Consecuentemente, decidimos desarrollar una multirreferencialidad tanto teórica como operativa en la tarea cotidiana, de tal modo que pudieran generarse diferentes miradas que permitieran un abordaje múltiple, aunque no exento de complejidades. Las preguntas que necesariamente surgen de una actitud clínica como la propuesta, obliga a que constantemente se generen interrogantes múltiples acerca de cada paciente que se considera, así como de cada situación clínica que se nos presenta.

Es por ello pudo construirse un espacio institucional que se convirtió en campo propicio para desarrollar producciones teóricas y clínicas, plasmadas en dos libros colectivos. La multirreferencialidad se constituyó en la fuente de un estilo de abordaje de la problemática considerada, que nos permitió ejercer la suficiente flexibilidad teórico-clínica como para adoptar una perspectiva u otra, según lo aconsejaban las circunstancias.

Nunca olvidamos que nuestra intervención es psicopedagógica, lo que significa que centralmente se interesa por los aprendizajes y sus múltiples manifestaciones, y lo hace desde una lectura amplia acerca de circunstancias, determinaciones y contextos.

Los criterios clínicos del abordaje que sostenemos se preocupan en dilucidar, frente a una consulta determinada, los siguientes aspectos:

- El despeje de determinaciones genéticas, neurológicas y neuropsicológicas que pueden incidir primaria o secundariamente en relación con la variedad sintomática que se presenta, así como la evaluación de las Funciones Cerebrales Superiores y el despliegue que el paciente puede realizar de ellas.
- Una lectura lo más completa posible de la configuración subjetiva que trae el paciente, incluyendo el análisis dinámico de su aparato psíquico.

- La elucidación de los imaginarios que atraviesan al conjunto familiar y/o a la escuela, en relación a la presunta situación de conflicto.
- Una direccionalidad en las intervenciones que posibilite la asunción de una escena problemática que pueda hallarse oculta, y al mismo tiempo una actitud alerta acerca de los fenómenos transferenciales que se ponen en juego en el psicopedagogo.

Un punto a destacar (que podrá verse con más extensión en otro capítulo de este libro) lo constituyen las admisiones al Servicio. En efecto, para poder visualizar en los pacientes las puntuaciones reseñadas más arriba, en el SAOP hemos desarrollado un tipo de admisión particular.

Denominamos admisión a una entrevista que un miembro del equipo con suficiente entrenamiento y experiencia, realiza a los padres o adultos responsables del posible paciente del SAOP.

En dicha entrevista, se trata de realizar una lectura lo más amplia posible acerca de la historia vital del niño, con el propósito de elaborar un primer perfil de los avatares más destacados del futuro paciente, a fin de realizar las primeras consideraciones generales.

De este modo, resultan centrales los datos vinculados al embarazo, parto, posparto y evolución neonatal, así como todo tipo de información que pueda echar luz acerca de la integridad neurológica del niño o adolescente.

Asimismo, se recaban datos familiares vinculados a grupo conviviente, hermanos, familia extendida, a fin de estar también atentos a cualquier disfunción de miembros de la familia o parientes cercanos. Resultan de particular importancia los datos y apreciaciones que hace la familia acerca de la actividad cotidiana del futuro paciente, tanto en su vida familiar como escolar.

En suma, la entrevista de admisión busca obtener una primera mirada que nos brinda un panorama construido, a partir de lo que la familia puede manifestar acerca de la historia del niño.

De este modo, junto a informes escolares y de otros colegas que eventualmente pueden hacernos llegar sus impresiones, nos hallamos en una situación propicia para encontrarnos por primera vez con el paciente. La coincidencia o disonancia del material obtenido en admisión, sumada a la experiencia clínica que comienza a desarrollarse entre paciente y terapeuta, es de una gran riqueza.

El terapeuta comienza paulatinamente a elaborar sus hipótesis clínicas haciendo uso de la “caja de herramientas” con que cuenta, y el proceso que se comienza a desarrollarse bien puede considerarse como diagnóstico.

Nos hallamos ante uno de los momentos más decisivos del proceso terapéutico: aquel que necesariamente nos interroga para que decidamos qué rumbo tomar. Con la escucha atenta y una mirada lo más lúcida posible, intentamos visualizar y conceptualizar las “series complementarias”, y concebir las hipótesis clínicas que son la condición necesaria de cualquier un plan terapéutico.

Es necesario puntualizar que el diagnóstico no nos interesa como acto de enunciación o calificación nosológica, sino más bien como un conjunto de hipótesis clínicas que operan como guías de trabajo. Es decir, no se trata de llegar a una categoría a modo de “etiqueta” ubicable en el DSM IV, sino de poder narrar lo que le ocurre a ese niño o adolescente.

Por lo tanto, es este un período clínico que no estipula un tiempo prefijado, en la medida que el diagnóstico se “confunde” y continúa sin solución de continuidad con el mismo proceso terapéutico.

Reflexionamos respecto de lo que vamos haciendo tomando en cuenta todas las dimensiones, para poder llegar a decir lo que ese paciente en particular puede y lo que aún no puede, aquello que lo estimula y le permite su despliegue psíquico y neuropsicológico y lo que emerge como obstáculo.

Aquí es preciso volver a reiterar nuestra manera de concebir y utilizar las pruebas diagnósticas y el lugar que le otorgamos en el proceso clínico. Tales pruebas no son nunca un fin en sí mismas, ni tampoco deben aplicarse de un modo mecánico. Ellas no son otra cosa que instrumentos, a veces verdaderamente precarios, de los que nos servimos para realizar posibles confluencias de indicios y corroborar o ayudar a desestimar hipótesis que siempre deberán ser validadas desde una visión clínica, entendiendo aquí esta expresión como aquella mirada global acerca de un semejante que sufre y necesita, en primer lugar, un incremento de comprensión acerca de sus prácticas de sí y de su desarrollo neuropsicológico, fantasmático y social.

Conclusiones

No dejamos de considerar que la labor psicopedagógica, por lo general, es bastante diferente a la que propiciamos desde el SAOP. Con mucha frecuencia suele concentrarse en las dificultades típicamente escolares, con recursos y estrategias asimismo muy relacionadas con lo escolar.

No es esa nuestra posición. Creemos que los aprendizajes constituyen una actividad humana muy lejos de poder ceñirse a lo exclusivamente escolar. El oficio cotidiano de un niño es aprender y este aprendizaje en absoluto se limita a la currícula de un establecimiento del sistema educativo.

El niño aprende desde que se despierta hasta que cae rendido por el sueño, realizando aprendizajes motores, sensitivos, sociales, psíquicos; en suma, crecer es aprender. Cuando nos encontramos, por ejemplo, con un niño que no adquirió el lenguaje, nos hallamos ante un problema de aprendizaje que requiere una mirada clínica muy amplia para poder comprender su etiología y eventual solución. Dicha mirada necesita de una verdadera caja de herramientas conceptuales y científicas, si es que no queremos equivocarnos gravemente.

El profesional psicopedagogo es el especialista que más sabe de aprendizajes (o al menos debiera saber) y por lo tanto, tiene cosas que decir en todas las ocasiones en que un niño o un adolescente -por las razones que fuera- ve detenida o perturbada su capacidad de comprender cada vez mejor el mundo que le rodea, y por lo tanto de comprenderse cada vez mejor, a sí mismo. Esta es la tarea de los profesionales del SAOP, y a ella nos abocamos con toda pasión.

Bibliografía

- Bleichmar, L. (1999): "Entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo". En: Revista del Ateneo Psicoanalítico N° 2; Bs. As.
- Bleichmar, L. (1994): "Repetición y Temporalidad: una historia bifronte". En: Temporalidad, Determinación, Azar Bs. As. Ed. Paidós.
- Castoriadis, C. (1983) "La institución imaginaria de la sociedad" Barcelona, Tusquets, Tomos 1 y 2.
- Fernández, A.: (1999) "Instituciones Estalladas" Bs. As. Eudeba.
- Ibídem (1989) El campo grupal. Notas para una genealogía. Bs. As., Nueva Visión.
- Foucault, M. (1979) Microfísica del Poder. Madrid, Eds. La Piqueta.
- Kesselman, H. (2000): "Psicopatología actual de pacientes y terapeutas". En: Revista Zona Erógena, Año X, N° 47.
- Kaës, R. (1999): Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales. Bs. As., Ed. Paidós.
- Loreau, R. (1974): El análisis institucional. Bs.As., Amorrortu.
- Lapassade, G. (1977): Grupos, organizaciones e instituciones. Barcelona, Gedisa.
- Tenti Fanfani, E. (1994): Universidad y profesiones, Bs. As., Miño y Dávila.

Un lector llamado Lucio Cerdá

CÓMO ME ACERCO A UN TEXTO

por Lucio Cerdá

¿Cómo me acerco a un texto o más precisamente, qué ocurre entre un libro y mis perplejidades? Leo siempre, desde siempre. Mis libros suelen parecerse a la memoria de lo que soy o creo ser: acuden a trabajar mi identidad, no se privan de cincelarme como múltiples artesanos prepotentes. Leer, creo, es siempre un encuentro y no quise elaborar nunca ninguna estrategia previa ante unas páginas desconocidas.

Sí, en cambio, reconozco un gesto habitual: acaricio casi impudicamente la tapa, mis dedos recorren las hojas vírgenes de pupilas como si allí fuera a encontrar algún aviso de lo que vaya a ocurrirme.

Nada; siempre es lo mismo. El lector es un cazador furtivo que recorre las tierras de otro, dijo alguien y así, justamente, me siento al comenzar la lectura.

Diferentes son, claro, las experiencias una vez que dejamos de ser el texto y yo, desconocidos. Hay libros que cierro definitivamente y mi semblante se parece a sí mismo; hay otros, sin embargo, que estallan como estrellas inocentes: son aquellos libros que se incrustan en mi alma y me inundan de conversaciones, de anhelos, de preguntas, de desazones. A estos últimos necesito imposiblemente tenerlos cerca y es así que intento oponerme a las leyes de la física. Donde hay varios, muchos libros, no puede haber otra multitud de ellos. Los alejo entonces pidiéndoles disculpas (ya te traeré cerca nuevamente, son sólo unas pocas semanas de separación).

Fui acusado de ensimismarme entre páginas, a veces con razón, y no faltó el rudo familiar que señalara la pérdida de tiempo que leer suponía (en aquellos días los acusados eran los libros del Príncipe Valiente). Mucho, mucho más tarde, encontré una justa réplica en Saramago: Son plácidas todas las horas que perdemos, si en el perderlas, como en una jarra, ponemos flores.

Una revelación final. No me suele ser grato que interrumpan la lectura más de lo debido con una excepción: una perrita llamada Azúcar no toma a veces demasiado en cuenta la seriedad de mis meditaciones y me hace saber, mirándome fijo largos instantes, que ha llegado la hora de jugar: allá voy.
