

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2016.

Obstáculos a la interdisciplina en la clínica de la discapacidad.

Edgar, Lucas.

Cita:

Edgar, Lucas (2016). *Obstáculos a la interdisciplina en la clínica de la discapacidad. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/266>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/KqP>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

OBSTÁCULOS A LA INTERDISCIPLINA EN LA CLÍNICA DE LA DISCAPACIDAD

Edgar, Lucas

Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El trabajo presenta reflexiones que proponen abrir interrogantes acerca del valor de la interdisciplina en relación a la clínica de la discapacidad, haciendo eje en la necesidad de evaluar los efectos de las intervenciones profesionales, y las condiciones de posibilidad para que dicha modalidad de trabajo constituya una genuina praxis. Para dicho recorrido, se articularán los ineludibles atravesamientos que inciden en la construcción de una posición y entramado profesional: aspectos subjetivos, epistemológicos, histórico-sociales y políticos-económicos. En la clínica actual suele vislumbrarse una insistente y sutil disociación entre discursos y prácticas que dificultan el entrecruzamiento interdisciplinario, generando efectos de opresión en equipos de trabajo tras la vertiginosa carrera por la efectividad inmediata. Se tratan de obstáculos a la interdisciplina que pueden imprimir una práctica irreflexiva, con los consecuentes efectos de banalización profesional productores de iatrogenia. Se diferenciarán las modalidades de trabajo multidisciplinario e interdisciplinario, a partir de la posición ética de los profesionales involucrados y sus prácticas, frente a las vicisitudes que el campo de la discapacidad puede propiciar.

Palabras clave

Discapacidad, Interdisciplina, Trabajo en equipo, Posición profesional

ABSTRACT

OBSTACLES TO INTERDISCIPLINE FOUND IN CLINICAL DISABILITY
The paper presents reflections and open Questions about the value of interdisciplinarity in relation to clinical disability, and the need to assess the effects of professional interventions for this type of work constitutes a genuine praxis. The inescapable influences will be articulated in the construction of a position and professional network, they are Subjective, epistemological, historical and social and political-economic aspects. In current clinical Often glimpsed an insistent and subtle dissociation Between Discourses and practices hinder the interdisciplinarity. That crossover, can generating effects of oppression in teams at the breakneck race for immediate effectiveness. These are obstacles to interdisciplinarity That can produce a thoughtless practice, with consequent effects generate professional trivialization and iatrogenic. the Modalities of multidisciplinary and interdisciplinarity work will Differentiated. Will be articulated the ethical position of the Involved professionals and Their work practices, from the vicissitudes produces That can work with people with disabilities.

Key words

Disability, Interdiscipline, Teamwork, Professional position

Las siguientes reflexiones se proponen abrir interrogantes respecto del valor de interdisciplina en relación a la clínica de la discapacidad, haciendo eje en la necesidad de evaluar los efectos de las intervenciones profesionales, y las condiciones de posibilidad para que dicha modalidad de trabajo constituya una genuina praxis. Para dicho recorrido, se articularán los ineludibles atravesamientos que inciden en la construcción de una posición y entramado profesional: *aspectos subjetivos, epistemológicos, histórico-sociales y políticos-económicos*. Se enmarca lo antedicho, en la insistente observación que puede percibirse en la actualidad referida a la disociación entre discursos y prácticas. Riesgosa trampa que oprime equipos de trabajo tras la vertiginosa carrera por la efectividad inmediata, y no pocas veces irreflexiva, con los consecuentes efectos de banalización profesional productores de iatrogenia.

¿Un agrupamiento que trabaja o un equipo de trabajo?

La complejidad a la que enfrenta la clínica de la discapacidad, requiere de entramados profesionales y disciplinares que invitan a pensar en cómo se construyen los encuentros y desencuentros conceptuales y técnicos. Generalmente, desde la irrupción temprana de un diagnóstico de discapacidad, surgen sentidos que en principio, parecerían nominarlo todo. Palabras que nombran, pronostican, anticipan, concluyen y muchas veces determinan. En otros casos, cuando el diagnóstico implica la instalación de una discapacidad que se adquiere en otras etapas del ciclo vital, las palabras que circulan pueden abonar el arrasamiento y drenaje subjetivo que lo traumático genere. En ambas alternativas, se advierte el decisivo impacto de aquello que se dice, que nombra y coagula sentido respecto del déficit en cuestión, y que proviene principal e históricamente del discurso médico.

En dicho marco es que se hace indispensable pensar la interdisciplina. Interdisciplina que remite a ubicar las coordenadas de intervención de un equipo de profesionales a modo de estructura, dentro de la cual, cada disciplina en tanto constituir un término de la misma, requiere del nexo de la interdependencia. Así, cada discurso será en relación a otros, logrando la complementariedad sin perder especificidad. Arduo trabajo el de construir un marco discursivo común desde la diversidad de aportes disciplinares, que puede desplegarse desde una clara territorialidad lejana e inconexa. En dicho escenario se juegan aspectos vitales de las personas con discapacidad, sus familias y contextos: momentos cruciales para la toma de decisiones terapéuticas y educativas.

Retomando la idea de una clínica pensada desde la complejidad, se sostiene que la interdisciplina "...nace de la indisciplinada de los problemas que se presentan. Estos no se presentan como objetos sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos..."[1].

Hasta aquí discursos que habitan un *tiempo social* que parece no lograr escapar a la lógica contradictoria globalizada. Es decir, por un lado la generalización y difusión del término interdisciplina genera

que sea dificultoso encontrar un equipo de trabajo que no se nomine como "equipo interdisciplinario". Por otro, la hiper especialización de la ciencia y el resurgimiento de explicaciones biologicistas uni-causales de padecimientos de orden subjetivo, hacen que el discurso común interdisciplinario, anteriormente citado, resulte una meca de difícil alcance. Contradicción que se expresa diariamente en el accionar profesional, identificando la disociación entre discursos y prácticas produciendo agrupamientos de profesionales que trabajan sin posibilidad de constituir un equipo de trabajo conjunto. Sin embargo, los aspectos sociales referidos no pueden explicar en su complejidad los motivos que hacen obstáculo al trabajo interdisciplinario y su deslizamiento a modalidades reduccionistas o fragmentadas de intervención. Modalidades que por la yuxtaposición de saberes y su efecto de atomización del sujeto en partes, puede llamarse *Multi* disciplinaria que implican la superposición de tratamientos, técnicas y objetivos. En dichas configuraciones parecerían operar fantasías omnipotentes de "lograrlo todo", "revertir el déficit" a partir de sostener una premisa falaz acerca de que mientras más sean, mas profundo y efectivo será el abordaje. Retomando, otros atravesamientos producen que quienes toman el rol social de profesionales de la salud en general y en la clínica de la discapacidad en particular, establezcan diversas posiciones frente al sujeto a abordar y ante los representantes de otras disciplinas.

Los *aspectos subjetivos* que inciden en el desarrollo de la propia praxis, no siempre son reflexionados como posibles promotores de deslizamientos transferidos al sujeto con discapacidad y su familia. Es sabido que el enfrentamiento con el límite, con aquello de lo propio que puede representar especularmente la discapacidad, y el tope que la teoría y formación encuentran ante a lo irreducible del déficit, hacen que puedan dispararse diversos mecanismos defensivos ante la angustia de castración ineludible. A esto se agrega el exceso de demanda que muchos profesionales deben alojar desde familias arrasadas por la angustia que produce un diagnóstico. La clínica de la discapacidad implica un posible encuentro con aspectos propios no elaborados y de ahí surge la importancia de emprender un trabajo de reflexión acerca de la implicación y la contratransferencia, que no todos los involucrados en dicha clínica están dispuestos a iniciar. A partir de aquí, los reiterados efectos iatrogénicos que pueden identificarse en intervenciones de profesionales que responden anticipadamente, sin dejar espacio para la interdependencia dialogada que supone la interdisciplina. Tomando los aportes de Freud en su texto "Consejos al médico"[2], se puede observar cómo cuestiones ligadas a la abstinencia y la distancia afectiva se trastocan a repetición, llegando a operar desde el propio ideal del yo y bajo modalidades más dirigidas al aplacamiento de la angustia del profesional, que al abordaje del caso por caso. De este modo es recurrente observar cómo se acortan las distancias instrumentales entre profesionales y pacientes. Efectos del exceso de investidura en los que la subjetividad del profesional toma la escena terapéutica como escenario de despliegue de la propia neurosis. Por otra parte, la problemática de las *hegemonías epistemológicas* se hace presente con toda su fuerza en esta clínica. Herencia del pasado - pero no olvidado - Paradigma de Déficit, en la actualidad parecería observarse cómo han transitado las posiciones dominantes de la hegemonía médica a otros saberes disciplinares. Deslizamiento de un representante a otro, pero bajo la misma lógica de constituir discursos Amo. Así como a lo largo de más de un siglo, el médico quedó erigido como única voz autorizada y detentora de un poder superlativo frente a la opinión de cualquier otro saber, hoy se levantan otros representantes del saber-poder que pueden generar el mismo efecto de concentración de un supuesto valor de

verdad. De esta manera, es usual observar en equipos de trabajo que dicen trabajar de modo interdisciplinario, una colonización del territorio epistémico, produciendo y reproduciendo hegemonías conceptuales y explicativas que invisibilizan el entrecruzamiento y la interrogación conjunta. Instalado este obstáculo, se desarrollan luchas silenciosas de poder en donde se corre el principal motivo de encuentro y abordaje hacia la puesta en juego de reivindicaciones narcisistas por ganar territorialidad. Si dicho corrimiento implica desoir la palabra del sujeto con discapacidad y su expresión singular, las intervenciones se dirigirán exclusivamente al alcance de logros comportamentales definidos por áreas inconexas.

En palabras de País: "...el hecho de que un paciente logre hablar bien, mantener el equilibrio o alfabetizarse, no significarán demasiado.... Si esos logros no pueden ser puestos por el paciente al servicio de procurarse un lazo social; si el hablar no sirve más que para repetir palabras de otro, si mantenerse en equilibrio no tiene otra utilidad que recibir los aplausos de sus observadores y si leer implica repetir palabras que no adquieren ningún sentido para el paciente, hablar, caminar y leer tendrán tanto valor para un humano, como lo tiene para una foca el sostener una pelota con el hocico..."[3].

A esta altura se impone descifrar de qué se habla cuando se sostiene la importancia de un entrecruzamiento y discurso común, sin perder la especificidad. Se trataría entonces de ubicar un punto de encuentro que se traza en la tensión permanente entre un Saber - No saber. Saber disciplinar, desde la formación de cada uno y en función de aquello generalizable acerca de un cuerpo con daño orgánico. Saber que se enfrentará con un no-saber acerca de ese sujeto en particular y su desarrollo, el estatuto psíquico que tomará el déficit en cuestión y las vicisitudes vinculares que atraviesa y atravesará tanto familiar como socialmente. Esta dimensión que se recorta entre el saber y no saber, representa el atravesamiento común que aporta la *Ética del Psicoanálisis*. Será pues tarea específica del psicoanalista integrante de un equipo interdisciplinario, sostener y promover el encuentro dialogado respecto de aquello que la mencionada ética propone: el respeto por la singularidad y el entramado del lazo social. Dicha posición no se contrapone con el saber disciplinar de ninguno de los profesionales intervinientes, no corresponde más a algunos que a otros, y principalmente, resultaría imposible sostenerla sin la noción de interdependencia entre saberes. El establecimiento del Lazo Social como objetivo común principal, no desconoce los aspectos propios de cada dimensión del objeto de estudio para cada disciplina. Por el contrario, las integra, puesto que cada objetivo preciso y específico puede tomar valor y sentido en torno a la vida de un sujeto que desde esa posición entreteje lazos sociales. Compartir esta posición supone un tiempo de convivencia, debate y producción, a la vez que se abre la posibilidad de establecer una reflexión sobre la propia práctica y su entrecruzamiento permanentemente. Reconocer el propio límite no implica sostener la fantasía de que mientras más profesionales intervengan, mas se podrá saber y abordar respecto del paciente. Por el contrario, implica tomar conciencia de que algunos aspectos del paciente no podrán ser objeto de evaluación y tratamiento, pues se trata de un saber que se edifica en el campo de la palabra del sujeto en cuestión. El "no todo puede conocerse", debe ser soportado por el equipo y dicho espacio implica, enhorabuena, que los efectos de las intervenciones pueden superar ampliamente el limitado alcance de la tan esperada "efectividad". Asimismo supone una toma de posición de tipo ideológica en tanto que un equipo requiere definir qué entenderá por conceptos claves en esta clínica: la noción de sujeto, discapacidad, integración, calidad de vida, entre otros. Tam-

bién implicará decisiones en torno a declaraciones a las adscribe nuestro país, como la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, o la Convención internacional sobre los derechos del niño, la Ley nacional de salud mental, etc. Sobre estos aspectos se jugarán cuestiones no ubicables en ningún manual de psiquiatría, ni psicología del desarrollo o fonoaudiología y entran una posible postura común.

En otro orden de cuestiones que también inciden en la obstaculización del intercambio interdisciplinar, se pueden mencionar los *aspectos históricos, políticos y económicos* de la época actual. Se trata de una realidad concreta que denota cómo ingresan en la escena profesional otros actores, no necesariamente clínicos, a la hora de la puesta en marcha de equipos de trabajo y la toma de decisiones. Los aspectos ligados al marco jurídico, el soporte económico que promueven (o traban) las obras sociales y prepagas, los resortes burocráticos devenidos de juzgados y curadurías públicas y la aparición de abogados privados, ponen de manifiesto otras tensiones que atraviesan la acción interdisciplinaria. Muchas veces se observa cómo familias desinformadas y angustiadas son llevadas hasta el litigio con sus servicios sociales, para completar el listado de profesionales que alguien dijo que su familiar “tiene que tener”, de modo irreflexivo y con poca concordancia con la situación clínica a abordar. Se constituyen así equipos numerosos, de profesionales que no se conocen ni articulan. De este modo parecería que se libra una batalla por la cobertura de prestaciones, lamentablemente muchas veces necesaria. Batalla que se gana a nivel de derechos y obligaciones económicas, pero que si se mantiene en ese plano únicamente, sostienen a la par una multiplicidad fragmentada de atención con efectos no terapéuticos, además de generar un alto desgaste familiar. Por otra parte, es frecuente que existan serias dificultades para el cobro de honorarios a los servicios sociales por el trabajo realizado. En este punto reencontramos disociaciones en cuanto a los discursos actuales, promotores de la interdisciplina, la inclusión y la transversalidad de miradas, en un marco que no favorece el intercambio, pues recorta, mide y limita la intervención de cada profesional a su territorio y en base a objetivos precisos demandados en pos de la efectividad más rápida posible. Estos aspectos deberán ser abordados por estudios que exceden el presente trabajo, queda abierto el debate para alcanzar posibles respuestas sin desconocer que dicho obstáculo (del mismo modo que los anteriormente descriptos) no determina por sí solo la imposibilidad de interdisciplinar, sino que resulta un elemento a discernir en una realidad que se presenta de modo complejo.

Palabras finales

En tiempos actuales se hace necesario repensar la noción de interdisciplina como modo de producción de sentidos, intervenciones y efectos que van más allá de la imagen de un agrupamiento de profesionales independientes para un mismo paciente. Aún cuando se logren reuniones de equipo o cuando un paciente es asistido por profesionales que pertenecen a un mismo espacio institucional, la interdisciplina no queda garantizada.

Es posible pensar que asistimos un tiempo en el que hay más factores que operan como obstáculos a la interdisciplina que aspectos que la favorezcan, pues coexisten discursos que sostienen y promueven miradas integradas con aquellos otros, que la proponen a modo de nuevos ideales junto a prácticas que se debaten entre instituir lo nuevo o reproducir antiguas fórmulas obsoletas. Es aquí que se abre la interrogación acerca de la responsabilidad subjetiva del profesional, pudiendo junto con otros, pensar la clínica desde la complejidad, reconociendo una ética común. Espacio común en el

que la rigurosidad teórica se entrecruza con objetivos compartidos, para acompañar una historia no escrita aún. Dicha interrogación implicará poner en tensión aspectos de diversos planos, como los trabajados en el presente escrito: Subjetivos, Epistemológicos, Histórico-sociales y Políticos-económicos, reconociendo el desafío que implica reconocerse en el trabajo como actor profesional involucrado, y no únicamente como técnico especializado. Comprender que una posición ética que atraviese el objetivo común de promover y acompañar el establecimiento de lazos sociales, posibilita la articulación de lo propio de las disciplinas intervinientes e implica un trabajo de cada quien al interior de su posición profesional. Del mismo modo que resulta indispensable sostener la especificidad para no reproducir grupalmente discursos hegemónicos en los que se diluyan las diferencias y complementariedades.

Se tratará pues de aceptar el desafío, para que nuestro trabajo cotidiano resulte verdaderamente terapéutico.

NOTAS

- [1] Stolkner, A. (1987). “De interdisciplinas e indisciplinas” en “El niño y la escuela, reflexiones sobre lo obvio”. Comp. N. Elichiry. Ed. Nueva Visión. Bs. As.
- [2] Freud, S. (1912). “Consejos al médico”. Amorrortu Editores. Bs. As. Obras completas.
- [3] Pais, A. (1993). “Del lugar del analista en la clínica con niños discapacitados”. En Escritos de la infancia. F.E.P.I.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1999). “Consejos al medico” en Obras completas. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Pais, A. (1993). “Del lugar del analista en la clínica con niños discapacitados” en Escritos F.E.P.I. Buenos Aires.
- Stolkner, A. (1987). “De interdisciplinas e indisciplinas” en El niño y la escuela, reflexiones sobre lo obvio. Buenos Aires Editorial Nueva Visión.
- Stolkner, A. (2005). “Interdisciplina y salud mental” en Salud mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. IX Jornadas nacionales de salud mental. Posadas, Misiones.