



TÍTULO

***“PSICO-ODONTOLOGÍA:
la boca en clave interdisciplinaria, mucho
más que un simple receptáculo”***

Autora: María Laura Pereira Robles

C.I.: 4.476.398-1

Formato: Ensayo Académico

Docente tutor: Ana Laura Russo Cancela

Docente revisor: Rossina Laura Machiñena Spera

ÍNDICE

ÍNDICE	2
INTRODUCCIÓN	3
FUNDAMENTACIÓN	4
DESARROLLO	6
CAPÍTULO 1- LA BOCA EN EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO	6
1.1- Aspectos biológicos.....	6
1.2- Aspectos psicoanalíticos.....	7
Primera tópica freudiana.....	8
Segunda tópica freudiana.....	9
La Boca en el desarrollo psicosexual.....	10
Fantasías orales.....	12
1.3- Aspectos sociales y estéticos.....	13
1.4- Aspectos clínicos entorno a “la boca”.....	15
En la consulta.....	15
Enfermedades más prevalentes.....	15
CAPÍTULO 2. LO INTERDISCIPLINAR DESDE SUS RAÍCES	18
2.1- Vicisitudes en la conceptualización del proceso salud-enfermedad.....	18
2.2- Un poco de historia.....	20
2.3- El proceso salud-enfermedad desde una mirada émica.....	24
2. 4- Reduccionismo vs complejidad.....	25
2.5- La perspectiva interdisciplinaria, ¿una luz de esperanza que aboga por el trabajo desde la complejidad?.....	27
2.6- ¿Por qué interdisciplina hoy?.....	28
CONSIDERACIONES FINALES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

INTRODUCCIÓN

Enmarcado en mi trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología, otorgado por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, desarrollaré una temática que es para mí de gran interés por involucrar temas de salud e interdisciplina. El propósito del presente trabajo es problematizar sobre el lugar que ocupa lo interdisciplinar, particularmente en el ámbito psico-odontológico, tomando como nexo la injerencia directa en la boca que revisten ambas disciplinas, y sus implicancias con el psiquismo.

Este trabajo es producto de la reflexión y visión crítica, tanto personal como académica, de la bibliografía e información disponible sobre la temática, respondiendo preguntas como, ¿por qué ocuparnos de continuar por el camino de lo interdisciplinar en el área de la salud? Intentaré llegar a una aproximación crítica a estas temáticas y así darle al lector material para su propia reflexión.

Seguidamente se realizará una división en diferentes apartados, para proporcionar una lectura guiada y poner a dialogar lo que tiene que ver con la psicología, la interdisciplina, la boca desde el psicoanálisis, la odontología por su relacionamiento directo con la boca; y en definitiva, proponer una noción de salud que logre descentrarse del saber hegemónico con visión puramente asistencialista y biologicista.

En el primer capítulo, se exponen conceptos relacionados con la boca, introduciendo el tema desde sus aspectos biológicos, su significado social y psicoanalítico.

En el segundo capítulo, se abordan cuestiones relacionadas con la salud, las ideas que rodean el concepto salud-enfermedad y la influencia de los imaginarios sociales de los mismos, en relación con las representaciones que enfrenta el paciente. Se realiza el nexo de dichas nociones con la interdisciplina, que es clave en este trabajo, exponiendo aspectos de sus orígenes, así como conceptos de los principales autores que han abogado por su implementación. Ésta producción pretende ser un insumo útil para dar continuidad a la discusión sobre el rol de dichos profesionales del área de la salud y humanística; y cómo podemos contribuir en hacer de la interdisciplina una herramienta que sea condición sine qua non en el manejo integral de la salud de los usuarios, que contribuirá a plantear una visión holística del abordaje.

Por último, se realizará una síntesis, que permita aunar los conceptos que han dado el puntapié para el desarrollo del presente trabajo, llegando a algunas consideraciones y reflexiones que buscarán comprender el cómo, por qué y para qué de la importancia de relacionar Psicología-Odontología desde un paradigma de salud en clave interdisciplinario.

PALABRAS CLAVE: salud, interdisciplina, psicoanálisis, “la boca”.

FUNDAMENTACIÓN

Respecto al tema que pretendo problematizar, se parte de obtener algunas respuestas que tienen como protagonistas a la boca, el psicoanálisis, la interdisciplina, y las nociones de salud imperantes. ¿Cómo intervienen, influyen y pueden lograr conjugarse para brindar una atención integral a los pacientes en los cuales su psiquismo influye y se vuelca a través de su cavidad bucal, particularmente?

El interés por dicha temática se vincula directamente con mi formación académica y mi acercamiento a problemáticas relacionadas con ambas disciplinas, odontología y psicología. En el año 2010, obtuve el título de Doctora en Odontología, momento desde el que he podido visibilizar una predominancia casi exclusiva en la atención odontológica enfocada en lo asistencialista propiamente dicho, y una olvidada integración que haga hincapié en el paciente como sujeto complejo, que se constituye de un cuerpo físico y psíquico, además de su contexto. Comienza pues el interés creciente de ampliar dichos conocimientos, y es en el año 2019, cuando da inicio mi recorrido por la formación en Psicología. Mi tránsito por la formación en la Licenciatura en Psicología dejó en mí, algunos conceptos y nociones que han quedado resonando, tales como, “el peso en la salud global (física y psicológica), de lo no dicho pero transmitido a través del cuerpo”; “lo manifiesto y lo latente en el motivo de consulta”; “la dicotomía alma-cuerpo y su abordaje desde lo coyuntural”; y muchos otros. Acercamientos sobre la temática que despertaron en mí el interés para abordarlos y profundizar en ellos, y que son hoy valiosos insumos para la producción de este trabajo final de grado.

En tal sentido, el objetivo de este trabajo es realizar un recorrido por la literatura académica y el estado del arte, para así intentar desarrollar un marco teórico-conceptual; que permita producir una reflexión crítica acerca de las temáticas planteadas e intentar dar respuesta a algunas problemáticas que la formación en Psicología me condujo a explorar, forjando así mi interés al respecto. Profundizar en la interdisciplina psicología-odontología, el lugar de la psicología en ese vínculo y cómo puede influir la visibilización del usuario como unidad in-divisa y compleja, son puntos clave que se plasmarán aquí. En este trabajo se pretende fundamentar la importancia de la psicología en el campo odontológico que mejore la relación odontólogo-paciente, reconocido como un Otro, en donde su componente psíquico y su contexto son tan importantes como su anatomía y fisiopatología; y brinde de ese modo una propuesta de un modelo integrador. Así pues, la intención está puesta en afianzar las bases de la alianza interdisciplinaria de la psicología con la odontología, como ciencias aplicadas dentro del ámbito de la salud y de lo humano en general.

Por lo tanto, se continúan aquí debates ya existentes sobre enfoques y perspectivas académicas desde la interdisciplina psicología-odontología, como una sugerencia de subdisciplina; profundizando en las bases teóricas para conformar una estructura de conocimientos con mayor solidez que apunte a la atención integral y visibilice la importancia de considerar al paciente como sujeto-objeto complejo y único, despojándonos de universales que lo acotan a meros estereotipos reduccionistas. (Morin, 2006)

Se realizará un recorrido que dará cuenta de la importancia que tiene la boca para ambas disciplinas (Psicología y Odontología), en tanto receptáculo de variadas funciones: biológicas, fisiopatológicas, entre otras de índole psicoanalítico en las que se pondrá el mayor énfasis. Se parte de la idea de que, dentro de la Psicología, es el psicoanálisis el corpus teórico en donde la boca se ha tomado como uno de los objetos de estudio, en relación al desarrollo psíquico del individuo. Se expondrán brevemente nociones de dicha teoría; con la intención de dar luz a la importancia que reviste posicionarnos desde una perspectiva interdisciplinaria.

DESARROLLO

CAPÍTULO 1- LA BOCA EN EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

1.1- Aspectos biológicos

La cavidad bucal, es parte de una compleja unidad morfofuncional integrada y coordinada, que se constituye por un conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares y dentales. Se encuentra ubicada en la parte superior del cuerpo humano, organizadas alrededor de las articulaciones occípito-atloidea, atlo-axoidea, vértebro-vertebrales cervicales, témporo-mandibulares, dento-dentales en oclusión y dento-alveolares, que se ligan orgánica y funcionalmente con los otros sistemas funcionales del organismo. Su límite inferior se ubica en la cintura escapular, por lo que contiene a su vez otras estructuras anátomo-funcionales de gran relevancia como la faringe, la laringe, el encéfalo y los órganos de los sentidos; incluidos los del equilibrio y de orientación espacial, estableciendo con ellos relaciones muy específicas e importantes. (Barreto, 1999)

Inicialmente, este conjunto de estructuras era conocido como aparato masticatorio, donde se tenían en cuenta funciones relacionadas a las piezas dentarias por su vinculación con la alimentación (masticación-deglución), y poco se había estudiado sobre los movimientos mandibulares tridimensionales, con su injerencia tanto en la función masticatoria, como en las demás funciones bucales tales como el habla, la postura de la cabeza, entre otras; momento en el que autores como Bonwill en 1850 y Walker en 1890, comienzan a interesarse por estas cuestiones. (Mizraji, 2012)

Fue así que a mediados del siglo XX, se lo denominó como Sistema Estomatognático. La profundización en el estudio de “la boca”, continuó sobre aspectos de las estructuras periodontales (estructuras de soporte dentario) junto a los huesos mandibulares, en parte en relación a la influencia de la oclusión sobre dichas estructuras, pero a su vez en lo respectivo a la importancia del mantenimiento de la salud bucal que implica el cuidado de dientes, periodonto, lengua, músculos masticatorios; en definitiva, todo lo que hace a los componentes fisiológicos básicos de ese complejo sistema estomatognático. (Mizraji, 2012)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que las enfermedades bucodentales, implican un peso para los Ministerios de Salud de la mayoría de los países (pese a ser en general pasibles de ser prevenidas) porque afectan a la población durante su vida y son causantes de molestos dolores, deformaciones e incluso la muerte. Afectando a casi 3500 millones de personas, un estudio sobre la morbilidad mundial en 2019 (The Global Burden of Disease Study 2019), dice que la caries dental no tratada en dentición permanente es el trastorno de salud más frecuente.

Por otra parte, como es sabido, y sumado al peso en salud mencionado, los tratamientos odontológicos en general, son caros y no suelen estar incluidos en la cobertura sanitaria universal (CSU). Además, la mayoría de países de bajos y medianos salarios, no dispone de los suficientes servicios de promoción, prevención y tratamiento de dichas afecciones.

La etiología de las enfermedades bucodentales es multifactorial, enumerando por un lado, factores de riesgo como la ingesta de azúcares calóricos acompañado del déficit en la consiguiente higiene; y por otro lado, el consumo de tabaco y alcohol, así como determinantes sociales subyacentes.

La mayoría de las enfermedades orales pueden ser tratadas en sus etapas iniciales/incipientes; siendo en su mayor parte caries dental, enfermedad periodontal, trastornos temporomandibulares y un gran porcentaje de cáncer bucal. En menor porcentaje pero también con relevancia para la salud pública en la actualidad, se encuentran las fisuras bucofaciales, la noma (enfermedad gangrenosa grave que inicialmente se diagnóstica en la boca, afectando mayoritariamente a niños) y los traumatismos bucodentales. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Esta zona del cuerpo, de injerencia para la Odontología, se aborda desde una práctica eminentemente quirúrgica biologicista, en donde el profesional encargado de la misma se reduce casi en exclusiva a las estructuras de la cavidad bucal. (Mizraji, 2012) Sin embargo, como veremos, la extensión de dicho sistema, no se limita a lo estomatognático en su aspecto fisiopatológico; y es mediante la objetivación interdisciplinaria de su significado que se desarrollará este trabajo, con el fin de poner en juego su vinculación con la Psicología, más precisamente por su injerencia en el desarrollo psíquico expuesto por el psicoanálisis. Para ello, se deben abordar cuestiones que circundan lo psicológico, a partir de la representación que encarna “la boca” como significante, para comprender, la importancia que radica en la implementación de la interdisciplina Psicología-Odontología, como herramienta de atención holística en salud.

1.2- Aspectos psicoanalíticos

Se realizará a continuación, un breve desarrollo a partir de la teoría psicoanalítica, que si bien tiene varios autores que la han desarrollado, en esta oportunidad se tomarán los aportes realizados por Sigmund Freud, quien es reconocido como el fundador del Psicoanálisis. Se expondrá someramente un recorrido por aspectos básicos de su corpus teórico, con el único fin de contextualizar la temática, sin pretender extenderlo en amplitud. Dicha teoría surge como consecuencia del agotamiento del modelo médico hegemónico, que lleva al autor (médico de profesión) a investigar y replantear cuadros clínicos cuya resolución desbordaba lo biologicista ppd.

La primera y segunda tópicos freudianas, caracterizan junto a otras nociones, la base de su metapsicología, por lo cual, es básico comprenderlas a priori de cualquier desarrollo que sobre el psicoanálisis se realice.

Primera tópica freudiana

En *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900 [1979-1984]) se plantea una de las primeras definiciones del inconsciente, como parte del aparato psíquico que se comenzaba a caracterizar. En ésta primera tópica se expone la existencia de tres sistemas psíquicos: la conciencia (cc), el sistema inconsciente (icc) y por último, el sistema preconscious (pcc), al cual el autor define como “aquello que guía nuestra vida de vigilia y decide sobre nuestro obrar consciente.” (p. 534) Expresa además que el pcc ejerce una fuerte crítica sobre el sistema icc para evitar su devenir cc, por tanto, lo sitúa entre la cc y el icc, ubicándose en el extremo motor opuesto al sensorial. (Freud, 1900, p.531) La llamada censura onírica, ubicada entre los sistemas pcc e icc, le impone a este último sus resistencias, presentándose así al icc como carente de acceso a la cc de forma directa, debiendo siempre pasar por el examen pcc. Esta censura, que es severa durante la vigilia, a la noche disminuye, lo cual es una condición necesaria para la formación del sueño.

Posteriormente, en *Lo inconsciente* (Freud, 1915 [1979]), el autor complementa las ideas ya expuestas anteriormente, describiendo dos grupos de pensamientos latentes, los débiles que tan pronto cobran fuerza se vuelven cc y los pensamientos latentes que por más fuertes e intensos que se vuelvan, no penetran a la cc, estos últimos son los icc. Los actos psíquicos pueden devenir cc si no se topan con aquellas resistencias, aunque cabe destacar que todos ellos, sin excepción, comenzaron siendo icc. Estas tempranas definiciones están dentro del marco de lo que se conoce como la “primera tópica”.

Cabe resaltar, que en el contexto histórico en que Freud desarrolla su metapsicología, los constructos debían tener la cualidad de poder ser medibles, condición que se imponía como el imperativo de la racionalidad. (Assoun, 1981) Por tal motivo, aparece la teoría de la libido (energía) como la base del corpus metapsicológico, y como aquello que puede ser medible. Como se ha mencionado, para Freud, la finalidad del aparato psíquico era evitar el displacer, lo que se logra al mantener en niveles bajos la energía que circula en él, energía movida por excitaciones externas e internas (pulsionales). Es así que, la energía del aparato psíquico se define por la existencia de las pulsiones.

En defensa y justificación de su corpus teórico y en particular de la existencia del icc, Freud (1915) plantea a lo icc como necesario, mencionando que ya sea en personas enfermas como sanas, aparecen actos psíquicos que la cc no es capaz de explicar (como los síntomas neuróticos), ya que

la exceden de tal manera que necesariamente se debe considerar lo icc como una instancia real y necesaria. Posteriormente, en las conferencias de introducción al psicoanálisis entre 1915 y 1917, más precisamente en la 18, llamada *La fijación al trauma, lo inconsciente* (1916 [1978]) Freud realiza toda una exposición acerca de la necesidad de considerar la noción de icc, afirmando que los síntomas neuróticos son la guía para hacerlo. Establece que los mismos cargan con un sentido, no carecen de justificación, y estarían relacionados con vivencias pasadas de los pacientes. El anudamiento entre el síntoma con una determinada vivencia del pasado, no es reconocido por el paciente neurótico, desconociendo por qué padece el síntoma. Por tal motivo, Freud establece que sobre los pacientes existen procesos anímicos que no operan en la conciencia, así que las condiciones psíquicas para la formación del síntoma son en sí mismas icc. Asimismo expresó que, esos procesos calificados como “no reales” para la ciencia, evocan vivencias reales y palpables como lo son dichos síntomas neuróticos.

Segunda tópica freudiana

En 1920 Freud comenzó con el desarrollo de un nuevo modelo de aparato psíquico y personalidad, que se conoce como la segunda tópica freudiana, debido a que su anterior corpus teórico le resultó insuficiente, planteando así la existencia de otra tríada que se agrega a la ya explicitada anteriormente. Desarrolla pues, el Yo, el Ello y el Superyó. El Diccionario de psicoanálisis define al Ello como el “polo pulsional de la personalidad”, al Yo como la instancia que “se erige en representante de los intereses de la totalidad de la persona y, como tal, es catectizada con libido narcisista” y al Superyó como aquello que “juzga y critica, constituida por la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales” (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 434).

En *El yo y el ello* (Freud, 1923 [1979]) describe y conceptualiza estas tres instancias, y también amplía la concepción de icc que venía desarrollando. Define al Yo como una instancia coherente, que es organizada por los procesos anímicos, la presenta en relación a la conciencia y como responsable de las descargas de pulsiones en el mundo exterior, es decir, de la motilidad (p. 18). Desde esa instancia yoica partirán la represión y la censura onírica, expuestas anteriormente y es gracias a ella que Freud agrega una noción nueva a la concepción de inconsciente. Como hemos visto hasta aquí, Freud consideraba inconscientes a dos tipos de actos psíquicos, los latentes susceptibles de llegar a la conciencia, y los reprimidos. Sin embargo, ahora agregará un tercer tipo de acto psíquico inconsciente: una parte del Yo, es inconsciente, y si bien se comporta como lo reprimido exteriorizando sus efectos, no se relaciona con la represión. En síntesis, tenemos tres tipos de procesos psíquicos inconscientes: los procesos inconscientes latentes y susceptibles de conciencia, los reprimidos no susceptibles de conciencia, y lo inconsciente no reprimido perteneciente a la instancia yoica.

Por su parte, en el Ello no hay diferenciación entre el sí mismo y su mundo exterior. Es el primer momento de simbiosis con la figura materna, en el que no hay reconocimiento aún de un Otro. “Llamamos Ello a la más antigua de estas instancias psíquicas: su contenido es todo lo heredado, lo que se trae con el nacimiento, lo establecido constitucionalmente; en especial, entonces, las pulsiones que provienen de la organización corporal, que aquí [en el Ello] encuentran una primera expresión psíquica, cuyas formas son desconocidas {no consabidas} para nosotros.” (Freud, 1940 p. 14).

La instancia del Superyó se instaura como el ideal del Yo siendo descrito por Freud como el heredero del Complejo de Edipo, del goce que escapa a la prohibición. El superyó va a conservar el carácter del padre, y a su vez cuánto más intenso fue el complejo de Edipo y con mayor rapidez se produjo su represión (causada por la imposición de la autoridad, la religión, la educación), tanto más riguroso devendrá el superyó como conciencia moral, muchas veces también como sentimiento inconsciente de culpa, sobre el yo. (Freud, 1923)

La Boca en el desarrollo psicosexual

Retrocediendo un poquito en la revisión histórica, a principios del siglo XX, Sigmund Freud (médico neurólogo, austríaco), propone la noción de inconsciente, la cual pasa a ser una de las categorías centrales del psicoanálisis. Freud empieza a reconocer a los procesos psíquicos en el origen de las enfermedades generando una corriente psicosomática que intenta comprender y brindar una explicación diferente al desarrollo de las enfermedades (alergias, alteraciones del aparato digestivo, colitis, asma bronquial, etc.) que estarían en concordancia con procesos mentales. Es así que la noción de psiquismo toma relevancia entre los contemporáneos estudiosos de la ciencia médica, que al principio con algo de resistencia comienzan de a poco a tomar en cuenta aquella idea. De este modo, el binomio mente-cuerpo gana importancia en cuanto a unidad compleja, y no como sujeto dividido en donde no sólo lo biológico era en absoluto primordial, sino que dejaba de lado aspectos que la ciencia médica no podía resolver por serle imposible de comprender, no pudiendo encasillarse en cuadro fisiopatológico alguno. Además de otras partes del cuerpo, la boca comienza a tener relevancia, no solo en su vinculación psíquica icc sino en los simbolismos populares y los modos de comunicación de las personas sobre sus procesos salud-enfermedad y cuánto de lo dicho y lo no dicho pero vivenciado, influye en las prácticas de los modelos médicos imperantes. Las subjetividades que se construyen a partir de sus historias de vida inciden en su salud o enfermedad y son las construcciones de sentido las que le aportan a dichas situaciones, un enfoque social que se debe ver reflejado en los programas de promoción y prevención de la salud. Por su parte, la psicosomática es la disciplina que intenta la unificación de psiché y soma a partir de una concepción holística del individuo. Fue pensada como un intento por superar los dualismos

sano-enfermo y mente-cuerpo, que como se mencionó, vienen de larga data histórica. “La psicósomática parte de la idea de la existencia de 'causas necesarias pero no suficientes' en tanto, no todo se explica mediante los mismos orígenes, no hay procesos repetibles sino siempre únicos” (Russo, 2013b, p. 57). De ello se deduce que las sensaciones de salud o enfermedad únicamente pueden ser sentidas por el afectado, nadie más que él puede llegar a determinar el grado de cambios en sus ciclos naturales, pues es el propio sujeto quien puede dar cuenta de lo que es normal o anormal en el interior de su cotidianidad. Es decir que en cada sujeto se manifiestan de forma diferente según su situación, forma de vida y del entorno en el cual está inmerso; temáticas que serán abordadas con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

En relación a la boca propiamente dicho, Freud (1905) realizó una discriminación en el desarrollo psico-sexual, mediante fases establecidas acorde a los años en la vida del sujeto. La primera fase de la sexualidad infantil es la fase oral: en la que el lactante, además de encontrar en la leche materna la nutrición necesaria para saciar su hambre, halla asimismo, placer en la zona de la boca, a través de la succión. Esta primera sexualidad es autoerótica, el niño siente placer en distintas partes de su cuerpo: las zonas erógenas. En cuanto a la relación dada con éste primer objeto: la madre, se visualiza una ambivalencia, entre la simbiosis existente en la relación y el deseo de posesión del pecho al utilizar los dientes en el proceso de succión. En primera instancia, la introducción del objeto, permite al lactante experimentar placer; seguidamente trata de destruir al objeto y por último, intenta apropiarse y mantenerlo dentro de sí para apoderarse de sus cualidades (Clancier, 1997); acción semejante al canibalismo, al ingerir el cuerpo de un otro para poseerlo y así lograr saciar el hambre y la sexualidad en un solo acto. Cuando esa primerísima satisfacción sexual está aún en vínculo directo con la nutrición, la pulsión sexual encuentra un objeto fuera del propio cuerpo, el pecho materno. Lo pierde cuando el niño adquiere la representación global de ese Otro, a quien en realidad pertenece el órgano que le otorgaba satisfacción. (Freud, 1905, p. 202).

Por lo tanto, la boca es el primer órgano de contacto con el mundo y mediante aquel es que cada sujeto obtiene la primera experiencia del sí mismo, que permanecerá imborrable como núcleo central en lo que será la estructura de la futura personalidad. Freud la describió como la fase oral, la cual es seguida por la fase anal y posteriormente por la fase genital. La fase oral dura en promedio hasta los 18 meses de vida, y se caracteriza por el chupeteo de los objetos, como modo de conocimiento del mundo externo (Fadiman y Frager, 1976). De ese modo, la boca es el nicho psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y gratificaciones emocionales, con ella se “toma el gusto” al mundo que nos rodea. La boca brinda las primeras sensaciones de seguridad, placer, satisfacción y éxito; que se plasmarán en las primeras percepciones del sí mismo y que permanecerán durante toda la vida del sujeto. Así en personas con fijaciones en la fase oral, la

zona bucal queda revestida de una carga emocional excesivamente elevada, llevándolos a necesidades de satisfacción inacabables. (Ewen, 1977)

Más allá de la presencia de alteraciones de desarrollo en la fase oral, lo relevante es comprender el fuerte significado psicosocial que tiene la zona bucal para el ser humano, de alguna forma en ella estamos íntegramente representados y se devela nuestra intimidad. Al respecto debemos recordar el concepto de esquema o imagen corporal, que corresponde a la vivencia psíquica del cuerpo, la que otorga una representación de integridad del Yo.

Fantasías orales

Por otra parte, la importancia que radica en el órgano “boca”, es explicada por Chiozza (2008) cuando alude a lo que desde el psicoanálisis se denomina “fantasías orales”, las mismas caracterizan un aspecto determinado del psiquismo, que se pueden explicar de la siguiente manera: primero, existen determinadas representaciones (ideas) surgidas a partir de lo oral y sus funciones, que tienen origen en la percepción dada por los órganos de los sentidos, que a su vez derivan del sistema consciente-preconsciente. De este modo, podemos afirmar con propiedad que el órgano boca y sus funciones se constituyen como un objeto sensorial del individuo.

Segundo, existen determinadas fantasías que pertenecen al sistema consciente-preconsciente, que se originan en fantasías inconscientes y son formadas por impulsos propios de la zona erógena oral; que además desde la teoría psicoanalítica (Freud, 1905d, 1915c, 1924c) se encuentran por completo ligadas. No se tiene en cuenta si esas representaciones (ideas) son verbales/no verbales, sino que simplemente se configuran en su conjunto como la fantasía oral absolutamente constituida.

Tercero, entonces, al hablar de “boca” y “zona erógena oral”, se hace referencia a una misma realidad objetiva sin considerar cómo accede a la consciencia, sino que lo relevante aquí es que ello conforma el sistema de conocimiento de la realidad material (el cuerpo) y del sistema de conocimiento de la realidad ideal (la psique). Es así que ambas, se influyen mutuamente de modo recíproco y continuo, además de que mantienen una relación sustancial al ser parte de la constitución de un mismo sujeto.

En suma, de lo anterior se desprende que, la realidad objetiva de la que aquellas (representaciones y fantasías) derivan, no puede ser relacionada de modo unilateral con atributos de lo corporal o de lo psíquico, ya que la metapsicología freudiana indica que ambos atributos dependen de los modos de percepción de la consciencia; principalmente cuando esa realidad objetiva (objeto de nuestro conocimiento) deriva del inconsciente.

En correspondencia con lo antedicho y en concordancia con Rojas (2004), podemos resaltar que la boca es una parte integrante no sólo de un cuerpo físico, sino también de una imagen corporal o dicho en otros términos, de un cuerpo representado a nivel psíquico. Es así que posee un significado psíquico único en relación con otras partes del cuerpo. Debido a las experiencias primarias que la boca permite en el desarrollo humano, es que en ella están representados sentimientos íntimamente ligados a la identidad del sí mismo. Además, según Chiozza (2008), “el carácter complejo de esta experiencia es el que permite comprender el íntimo entretejido de las huellas mnémicas vinculadas a las experiencias de satisfacción con aquellas otras vinculadas a las experiencias dolorosas”. (p.168)

Por lo expuesto, podemos comprender, el significado que reviste para los pacientes el “entregar” su boca al Odontólogo, ya que se estaría “abriendo”, literal y figuradamente, a su intimidad. Es decir en la boca está representado en forma importante el "yo", pues marca claramente un límite entre el adentro y el afuera (tal cual también lo hace la piel) y se constituye en un elemento de intercambio con el mundo externo (la alimentación, el habla, el gusto, etc.). La boca individualiza, hace reconocible lo propio de lo ajeno, en la boca estamos representados íntegramente. Por lo mismo, es comprensible la dificultad de exponer esta zona del cuerpo tan íntima a otra persona como lo es el odontólogo, que es un desconocido y que además va a realizar intervenciones que tanto objetiva como subjetivamente implican alguna forma de invasión a dicha intimidad.

1.3- Aspectos sociales y estéticos

Cada día es más frecuente en la consulta y en los entornos sociales, el relato sobre el interés de los seres humanos en embellecer la apariencia de sus sonrisas, lo cual radica en lograr una mayor confianza en la comunicación con los Otros. Esto, posiblemente se debe en gran medida a la influencia de los medios de comunicación social, que van imponiendo patrones que generan cambios en la conciencia estética de las personas, desde donde se equipara el éxito personal con aquellos individuos que presentan una sonrisa bella y placentera. Ello forma parte de largas charlas en cada consulta, y es un gran desafío para el profesional encargado de tan artística tarea. La calificación social de estético/antiestético, lleva a connotaciones emocionales que generan sentimientos de placentero/displacentero, respectivamente. Dichos sentimientos, conllevan además a una respuesta psicológica, que va a depender de factores culturales (lo bello para una cultura puede no serlo para otra), y a experiencias previas que dejaron determinadas huellas mnémicas, que se interpretarán inconscientemente. Por ende, los parámetros relacionados con la psiquis humana en relación a lo expresado a través y por medio de “la boca” (dicho y no dicho), son elementos claves que no se deben ignorar, en tanto su integración nos va a permitir abordar las exigencias individuales para la satisfacción demandada. La relación entre los aspectos físicos y psíquicos que establecen la armonía orofacial requieren elementos de percepción y evaluación de

los principios estéticos, en donde la belleza se considera un verdadero valor social, un atributo culturalmente deseado. (González et. al., 1999)

Sin embargo, la boca no puede reducirse a unas proporciones, sino que es también sede de expresiones emotivas que transmiten expresiones verbales y no verbales, junto al rostro y lo corporal (mímica y gestos). Existe además, una relación entre satisfacción corporal y autoestima, constante y muy marcada a nivel social, en donde cada individuo a la vez que es emisor de una apariencia física, es también receptor de la apariencia de los Otros; siendo esto ampliamente relevante a nivel de la estética oral y facial. La autopercepción ocupa el centro en procesos que implican la experimentación del sí mismo y los efectos psicológicos positivos al mejorar la apariencia, frecuentemente contribuyen a mejorar la imagen misma y aumenta la autoestima. (Heymann, 1987) Es decir, son parte del conjunto de representaciones que se imponen los imaginarios sociales, y así, la concepción que tienen los individuos sobre la imagen de sí está mucho más en función de la calidad de la investidura libidinal del cuerpo, que de la realidad.

Se deduce a partir de lo expuesto, que en nexos con la realidad de la anatomía concreta, es preciso considerar la realidad de una anatomía que surge a partir del deseo, y por lo tanto, que los profesionales encargados del peso de tal responsabilidad, tienen la tarea de comprender los principios estéticos para realizar una evaluación lógica en cada caso, teniendo además que considerar siempre los parámetros relacionados con la personalidad. De ese modo, la integración de parámetros biológicos y psicológicos, permite en el caso de las demandas estéticas y sin dudas en muchos otros casos, lograr comprender su trasfondo en cada individualidad.

Hasta aquí, podemos ver que la valoración clínica hecha por el odontólogo (a la hora de resolver los requerimientos que trae el paciente), de los diferentes elementos del perfil tanto físico como psicológico, reviste igual importancia en el tiempo dedicado al paciente, que el correspondiente al análisis clínico. Es evidente que la belleza dependerá básicamente de la integración armoniosa de los principios estéticos y de la importancia de los factores psicológicos que pueden afectar la apariencia estética, que en su conjunto son parte de significantes atribuidos socialmente.

En suma, tanto para el odontólogo como para el psicólogo, la boca no debe limitarse a un contenido dentoalveolar así como tampoco a una caja de resonancia para la asociación libre de ideas, respectivamente; sino que lo deseable es permitir la interrelación de sus objetos de estudio, en ambas direcciones. Para lograr ese abordaje con visión holística, puede resultar conveniente que ambos profesionales manejen nociones que están fuera de los límites de su disciplina. Podría ser interesante que el Psicólogo comprenda el significado que tiene la boca, específicamente para su consultante; a su vez que el odontólogo haría lo mismo con su paciente. Por tal motivo, a continuación se hará referencia a aspectos clínicos que en cierta medida se muestran coincidentes entre ambas disciplinas.

1.4- Aspectos clínicos entorno a “la boca”

Como hemos visto hasta aquí, existen varios puntos de encuentro entre ambas disciplinas. Es por ello, que para continuar por este viaje hacia la interdisciplina, se realizará un recorrido por aspectos relacionados con la influencia de “la boca” y el ámbito de injerencia odontológica, en correspondencia con el psicoanálisis.

En la consulta

Un aspecto cultural e históricamente reconocido, que Korovsky (1999) menciona, es la ansiedad que genera la concurrencia a ambas consultas, psicológica y odontológica; en donde normalmente el individuo la solicita ante una dolencia/sufrimiento. Es así, que se debe destacar la importancia de que dichos profesionales aborden a ese usuario que llega a la consulta, desde una mirada integral, es decir, no sólo con la clásica visión biologicista/asistencialista que caracteriza nuestra formación académica, sino en el sobreentendido de que esa boca y ese inconsciente llegan envasados en un cuerpo in-diviso, cargado de historia y emociones.

La posición del sillón odontológico y el clásico diván, utilizado por los psicoanalistas clásicos; se suman a las coincidencias que emergen de la consulta de ambas disciplinas; en tanto lo fenomenológico que se produce allí, también coincide, y es definido con el término “transferencia”. El mismo, es utilizado entre los psicoterapeutas para designar al vínculo que se establece en el encuentro entre paciente y terapeuta. El consultante deposita sobre el psicoterapeuta reediciones de vivencias pasadas (sobre todo de su infancia). Ese fenómeno es plausible de ser traspolado a la relación que se genera desde el primer encuentro entre odontólogo y paciente. Cabe destacar que dicho fenómeno no se da únicamente en psicoterapia, sino que se da en todo vínculo humano (aunque referido como relaciones sociales, reservando el término de transferencia para el ámbito profesional). Dicho fenómeno se trata básicamente de “los amores y odios”, percibidos y vivenciados a primera vista. (Korovsky, 1999)

Enfermedades más prevalentes

Las enfermedades más prevalentes en odontología reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), son caries, enfermedad periodontal y trastornos temporomandibulares cuya causa principal (no única) es el bruxismo.

El término bruxismo proviene del griego, que significa “apretar” y se caracteriza más comúnmente por el apretamiento dentario disfuncional, aunque también en ocasiones por el rechinar dentario, por la acción de “frotar”. Actualmente se lo considera como una alteración neurofisiológica inducida por cambios a nivel del Sistema Nervioso Central, existiendo un consenso respecto a la naturaleza multifactorial de su etiología. Se ha comprobado que tiene un papel importante en la

alteración tanto del ritmo cardíaco como del sueño, así como en los trastornos de ansiedad. (Nieto et. al., 2018) Los TTM, surgen como una de sus principales consecuencias, además del trauma oclusal que afecta a su vez estructura dentaria dura y tejidos de soporte (periodonto).

Es interesante lo que trae Korovsky (1999), porque abre un espectro que hasta hoy no está tomado en cuenta para la mayoría de los profesionales en la práctica, me animo a decir que no solo en la odontológica sino que también para los psicólogos y por supuesto más aún en la práctica médica. El autor nos invita a pensar en los significados más allá de lo neurofisiológico, desglosando el término y su etiología. Primero, el estrés, que es la principal causa atribuida al bruxismo, sobre la cual nos invita a interrogarnos, qué debemos pensar que se esconde detrás de esa expresión, de uso popular. Seguramente evitamos expresar otras emociones, como rabia, enojo, inseguridad, celos, humillación; y así vocalizar “estoy estresado” evita el compromiso con el afecto oculto, siendo precisamente eso “no dicho” lo que nos enferma. Por ese motivo, la tarea del clínico (en interdisciplina) es detenerse a pensar que es lo que “ese bruxismo” le está relatando. Si nos corremos un poco hacia sinónimos del término, podemos encontrar como menciona Korovsky (1999), “rumiar”, “remorder” y otros. Estos términos, están asociados psicopatológicamente a algunos cuadros, como en el caso de la rumiación de pensamientos en las neurosis y el remordimiento producido por la culpa. Podemos pues, observar cómo la acción de “morder” se presenta en dicha disfunción, vuelta contra la propia persona, similar a lo que ocurre con las enfermedades autoinmunes, e incluso podemos inferir la acción de la musculatura como una descarga sádica, como lo expresa el autor. Del mismo modo, en el caso de “rechinar”, lo que el sujeto estaría reflejando es su disgusto ante la realización de una tarea penosa que se le fue impuesta.

Como se mencionó, el trauma oclusal producto del bruxismo, trae aparejado lesiones a nivel periodontal; el aumento de la corona clínica (por retracción gingival), estaría demostrando, según Korovsky (1999), un instinto animal de furia contra el enemigo, que ha quedado reprimido socialmente en los seres humanos. De ese modo, eso que “debe ocultarse” (la raíz dentaria~la furia) quedaría expuesto y además vislumbra el intento fallido de aprehender (con dientes) lo deseado. Como si fuese poco, el autor nos lleva a abstraer aún más el cuadro, conduciéndonos a pensar que, en tanto la boca conforma una caja de resonancia para el lenguaje, es dable pensar en expresiones como “hablar a regañadientes”; que estaría denotando la obligación de silencio de los sentimientos a la vez que “entre dientes” se los intenta poner de manifiesto.

Korovsky (1999), propone como función principal del acto de “masticar-se”, una acción alucinatoria que intenta restablecer la primera unidad niño-pecho materno, ya que los dientes vendrían a ser un obstáculo para cumplir ese deseo primitivo, es que mediante el rechinar, se los intenta borrar (desgastar los dientes). De ese modo, el bruxismo ocupa la “negación del despecho” (p. 142) que

constituye una herida de amor propio (noción psicoanalítica), con negación de la pérdida e imposibilidad de realizar el duelo.

Es menester destacar, que para encontrar la congruencia de dichos afectos con la patología clínicamente observable, debemos conocer la historia del paciente, su propio discurso y asociaciones. De esa manera, entendiendo que todo síntoma es la expresión inconsciente de un conflicto, podemos inferir que conocer estos aspectos ayudará, mediante el trabajo interdisciplinario, solventar el abordaje, en lo que a medidas preventivas se refiere, ayudando al sujeto a hacer conscientes sus afectos, para permitirles resolverlos en vez de somatizarlos.

Sería incorrecto y desmesurado pensar que el Odontólogo debe prepararse para hacer psicoterapia, pero no es descabellado además de sumamente útil, pretender que conozca y tenga en cuenta algunos de sus modos de “ver más allá de lo manifiesto”, que le permitirá vincularse con sus pacientes desde una postura descentrada de la fisiopatología asistencialista clásica, que rige la consulta actual, para poder observar a su paciente como un sujeto complejo, postura cuya justificación se intentará continuar desarrollando en el siguiente capítulo.

De lo expuesto en éste capítulo, puede comprenderse la amplia relación existente entre la Psicología y la Odontología, que reviste importancia desde una óptica que va mucho más allá de lo que la formación académica correspondiente a cada una de las referidas disciplinas, otorga. Sin embargo, en la práctica, todavía en la actualidad no se ha logrado plasmar en hechos, dicho abordaje en conjunto. En el siguiente capítulo se expondrán las repercusiones tanto históricas como populares, del proceso salud-enfermedad; lo cual es necesario, a los efectos de comprender el por qué y para qué de incorporar la interdisciplina como herramienta fundamental para dichos campos disciplinares.

CAPÍTULO 2. LO INTERDISCIPLINAR DESDE SUS RAÍCES

2.1- Vicisitudes en la conceptualización del proceso salud-enfermedad

La definición de salud tiene una extensa evolución a lo largo de la historia hasta la más comúnmente utilizada actualmente que surge en la segunda mitad del siglo XX tras los acontecimientos posguerra, momento en el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS), como máximo líder en temas de gestión, promoción y prevención, define la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1998). Es así como, se consolida una idea amplia de salud planteándose como un recurso individual que influye en la vida personal y social, un derecho al que todos los seres humanos deben tener acceso. Existen al respecto, otros documentos publicados también por la OMS. En 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, se publicó un manifiesto que indicaba que la salud es “un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas de un país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas” (OMS, 1978). Luego en 1986, en la Carta de Ottawa, se resaltó que, “La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.” (OMS, 1998, p. 10)

Pues bien, es necesario comenzar a acercarnos a la posibilidad de visualizar la salud desde un ángulo diferente al que comúnmente nos enfrentamos, en donde damos por sentado un concepto que verdaderamente es importante, no solo por estar innato en cada uno de nosotros sino por las implicancias en cuanto al uso del mismo que hacemos, tanto los profesionales como los sujetos en general.

Gavidia y Talavera (2012), nos ayudan a abrir esa mirada intentando deconstruir dicho concepto y nos dicen que tanto el término Salud como el de Enfermedad, son como cualquier otro, conceptos que han sido construidos mentalmente con el fin de definir estados del ser humano, que nos posibiliten dar respuesta a determinadas situaciones para así acercarnos al mundo que nos rodea, siendo esto válido mientras nos sirve para encontrar una explicación a lo que percibimos. Desde ese constructo, podemos decir que sabemos que existen personas enfermas, aunque muchas veces no podemos afirmar que la enfermedad existe, justamente porque dichas construcciones que derivan en representaciones mentales, solo nos hablan de lo que creemos que poseen en común las personas enfermas. Se asignan de ese modo conceptos que se diseminan como significantes socialmente aceptados, que carecen muchas veces de contenido holístico real. Del mismo modo se

actúa con la idea de salud, expresamos con tal seguridad que una persona es sana, sin saber a profundidad qué involucra una persona sana. Para comenzar a transitar por este camino, debemos tomar consciencia de que el conocimiento, los términos y nociones son realidades construidas, y como tal, son producto de una determinada sociedad en un determinado momento histórico-social; y por ello al igual que las sociedades cambian y los sujetos que las integran evolucionan, los conceptos con los que una sociedad determinada representa su propia “realidad”, también se modifica. Por lo tanto, se puede inferir que, debemos tener en cuenta que el concepto de salud es dinámico ya que cambia según la época, la cultura y también con las condiciones de vida de la población. De esa manera, la idea que tiene la población de su salud va a estar siempre encuadrada por el marco social en el que esos individuos actúan.

Entonces, ¿qué aspectos debemos tomar en cuenta para obtener una noción más exacta de salud? Gavidia y Talavera (2012) nos muestran otra arista a considerar, y es que la palabra “salud” tiene características que hacen muy difícil encontrar una visión única y universal, porque existen variados contextos, presupuestos e ideales en los cuales se hace uso del término, dando cada uno una acepción diferente sobre el mismo. Realizan para ello, una división en tres apartados, en donde mencionan las concepciones del término según deriven del contexto, de los presupuestos básicos y de los ideales sobre salud.

Es así que, según el contexto tenemos por lo menos seis concepciones, en donde solo cabe destacar las más relevantes. Desde lo médico-asistencial, en donde la salud tiende a concebirse como mera ausencia de enfermedad; pasando por el contexto de los pacientes, en el que la salud es percibida a partir de la dolencia y la recuperación de “su normalidad” hace posible la vida en su comunidad; y el último a destacar, es el contexto filosófico y antropológico que de modo similar que en el ideal y utópico, la salud es el estado más propio y específicamente humano, según la idea antropológica que se tenga, siendo visto a través de las ideas sobre la felicidad plena y la calidad integral de vida, respectivamente.

Con respecto a los diferentes presupuestos básicos a los que aluden Gavidia y Talavera (2012), existen por un lado, los Neutralistas que son quienes afirman que la salud y la enfermedad se tratan de una cuestión científico-empírica, percepción representada por el punto de vista biomédico hegemónico clásico, en el cual la salud se estudiaba independientemente del contexto sociocultural; y por otro lado, los Naturistas quienes consideran que la salud y la enfermedad sólo pueden definirse en el marco de una cultura particular, en la que el sujeto habita.

La tercera consideración a la que hacen referencia Gavidia y Talavera (2012), son los distintos ideales sobre Salud, en donde existen varias corrientes y algunas nos interesan destacar a los fines

de los objetivos del trabajo. Las que se restringen a lo estrictamente corporal son las que tienen mayor tradición histórica, estado de bienestar físico y silencio de los órganos; las que expresan que dicho estado debe implicar la posibilidad de poder disfrutar de un bienestar psicológico y tener un comportamiento adecuado; las que incluyen los aspectos sociales, en donde la capacidad para llevar una vida socialmente productiva es indispensable; y por último, las mencionadas ideales y utópicas.

En concordancia con lo expuesto y en un intento de continuar con la creación del camino hacia lo interdisciplinar, es adecuado comprender de qué modo se ha arribado a tales nociones de salud; para ello es pertinente la realización de una breve revisión histórica al respecto. La misma será objeto del siguiente apartado.

2.2- Un poco de historia

Al tener tantas aristas que ofrecen amplia variedad de visiones, la percepción de salud es siempre una dimensión creativa, ideal o utópica y al mismo tiempo sin lugar a dudas, cambiante. Es así que muchos autores acuerdan con esa amplitud de la noción del término, al decir que la enfermedad es un fenómeno humano en donde las formas de enfermar se van transformando a lo largo de la historia. Pues bien, en un intento de desarrollar la implicancia histórica del contexto, podemos esquematizar de acuerdo a la división en épocas e ir haciendo un punteo que por breve no deja de ser clarificante para observar lo amplio de dicha influencia.

Guerrero y León (2008), ubican como referencia fundamental la visión ayurvédica situada en la era Védica hace más de 5000 años, como el origen de la elaboración del concepto de salud. Ayurveda es un sistema curativo que proporciona tratamiento al cuerpo, la mente y el espíritu, estando de ese modo relacionado con una profunda visión de la vida y la conciencia; que ha tenido una fuerte influencia a través de la historia en muchos sistemas de medicina, desde la antigua Grecia en occidente hasta la medicina china en oriente.

En la antigüedad (4000 a.C. con la aparición de la escritura hasta el Siglo V d.C.), la figura de Hipócrates (460 a. C - 367 a. C.) es fundamental al realizar un recorrido histórico, por ser reconocido como el padre de la medicina. Se consideraba a la salud como un fenómeno de armonía y proporción, no como producto de las cualidades de la materia, sino como equilibrio de las fuerzas y por la mezcla de los componentes corporales (humores), y sus interrelaciones. A su vez, todo ello se daba como respuesta del organismo a los estímulos de la naturaleza y del ambiente en su totalidad. (Guerrero y León, 2008, p. 620) Otro personaje de la época a destacar es Galeno (130 dC), que reformula la teoría de los humores hipocráticos, para fundamento de su teorización sobre los temperamentos (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico). Agregan la influencia de los

afectos y del dominio de las pasiones, resaltando que las enfermedades del alma afectan a la sensibilidad y la inteligencia.

En la edad media (siglo V a siglo XV), las enfermedades eran vistas por medio de la fe y el castigo divino, desde donde se encontraba su causa y sanación. Existía además, un ideal de hombre universal que dominaba varios conocimientos diferentes para saber un poco de todo.

En la modernidad (siglo XVI a siglo XVIII), el modelo cartesiano comenzó a ser el paradigma imperante, mediante el cual se postulaba el razonamiento basado en la evidencia y la separación sujeto-objeto. El método deductivo posiciona al conocimiento sobre la base de la observación lógica y sobre la razón. De acuerdo con ello, Guerrero y León (2008) resaltan que este paradigma inevitablemente tiene injerencia en la aproximación a los abordajes en salud hasta nuestros días. A raíz de ello, se dio el gran auge de la ciencia y así comenzaron a surgir áreas del conocimiento autónomas que generaron una gran especialización, en particular, de las ciencias naturales, desarrollándose de esa forma, nuevas disciplinas científicas, independientes y diferenciadas, gracias a las cuales se produjeron avances científicos que permitieron explicar y nominar muchos fenómenos y procesos naturales; organización disciplinaria, que finalmente será institucionalizada más tarde en el siglo XIX, con la creación de la Universidad moderna, legitimando así el estudio de los saberes fragmentados.

Ciencia: el método imperante.

Por lo antedicho, y para una mejor comprensión de los procesos mediante los cuales se produce ese saber científico por el cual nos regimos para abordar a los pacientes, es pertinente traer aquí una breve revisión sobre cómo se plasma la ciencia a través del reconocido “método científico”.

La investigación científica, es un proceso que intenta dar respuesta sobre preguntas concretas. Dicho proceso se caracteriza por estar definido de acuerdo a diferentes procedimientos que convencionalmente dan lugar a un método que en el ámbito del desarrollo del conocimiento es llamado método científico. Los resultados obtenidos a partir del método científico aportan avances en el desarrollo del conocimiento, lo que constituye un “saber” dentro de ese proceso de búsqueda de respuestas, brindando información que es catalogada como verdades absolutas, para servir al desarrollo de la ciencia. A su vez, el método científico representa el producto de lo que constituye un paradigma, siendo éste una manera de mirar el mundo, en tanto son una consecuencia de creencias y actitudes emergentes dentro de cada sociedad y comunidad. Por lo tanto, un paradigma es una visión del mundo que es compartida por una comunidad de individuos. En occidente, los paradigmas que se han visto relacionados con el desarrollo del conocimiento científico, mantienen un enlace con el desarrollo de la lógica y el racionalismo, estableciendo para su modo de acción una metodología predominante, que es denominada “metodología científica”. (Valdés García, 2006).

Es decir que, un investigador utilizando un determinado marco teórico–metodológico, interpreta los hechos sociales que ocurren en el contexto de una sociedad determinada.

En la investigación científica aplicada a la salud hay tres paradigmas que definen el modelo seguido para una determinada investigación, que en términos generales se clasifican de la siguiente manera: uno es el paradigma lógico–positivista o empírico–analítico (empírico), el segundo corresponde al paradigma simbólico–interpretativo (hermenéutico) y el tercero es el paradigma crítico o dialéctico, materialismo histórico (dialéctico). Según Valdés García (2006), ellos se diferencian por el modo en que conciben el mundo y, desde la perspectiva científica, la diferencia está en la relación sujeto investigador y objeto como fenómeno de estudio. Así, la metodología empirista y positivista, la objetividad científica, la neutralidad valorativa respecto de los sujetos y objetos de estudio, y la identificación exclusiva con la racionalidad científica favorecerá la a-historicidad, la a-sociabilidad, el biologismo y la mayoría de los otros rasgos del MM. (Menendez, 2005)

Durante la denominada Primera Revolución Industrial (1760), es el momento en el que se instituye dicho Modelo Médico (MM), a expensas de la creación de la clase obrera. Las características a destacar en la estructura del MM son su biologismo, ahistoricidad, asociabilidad, individualismo, mercantilista y tendencia a la práctica puramente curativa. El biologismo, es el que lleva a proponer a la enfermedad como exenta de una historia social que queda reducida a variables bioecológicas; considerando la evolución natural pero no la historia de los padecimientos. (Menéndez, 2005)

Desde entonces, las instituciones médicas instauran su hegemonía respecto de otros saberes y han tratado sino negar, por lo menos colocar constantemente en un escalón inferior, el papel coadyuvante en la etiología y desarrollo de los procesos de salud-enfermedad, a los sujetos y sus condiciones sociales, económicas y culturales. Esta conducta secundarizante, también es impuesta en la atención y prevención de dicho proceso y especialmente tratando de imponer que la mirada médica es absolutamente autónoma, profesional y científica. Como podemos inferir, ello conduce a trabajar casi en exclusiva con la enfermedad, dejando resaltar lo que determina la salud, y a ese respecto, incluso “hasta ahora nuestros Ministerios y Secretarías de Salud son realmente Secretarías y Ministerios de Enfermedad.” (Menéndez, 2005, p.11)

Para lograr descentrarse de ese modelo asistencialista, Menendez (2005) propone que, las explicaciones y las acciones sobre el proceso salud-enfermedad deben incluir no sólo al personal de salud, sino también a los grupos sociales, posibilitando la validación de un encare no tan profesionalizado, permitiendo que el saber médico-científico sea sólo una parte, que aunque por supuesto es fundamental, viabilice las otras aristas que en acuerdo con Gavidia y Talavera (2012) se abordó en el apartado anterior.

Si vamos un poco más adelante en la línea cronológica, nos encontramos con que en la segunda mitad del siglo XIX, surge el desarrollo de la epidemiología como herramienta indispensable que permite la descripción y el análisis de la morbimortalidad. Aunque ella suponía la posibilidad de incluir los factores sociales y culturales, la Salud Pública impulsó una epidemiología que pese a utilizar variables sociales, se orienta a bioecologizarlas. Las variables (edad, sexo y localización rural/urbana), eran analizadas desprendidas de sus características sociales, económicas y culturales. De esta manera, la epidemiología se constituye en una especie de estudio demográfico deshistorizado; con la elaboración de pirámides poblacionales que son manejadas como fenómenos biológicos alejados de los procesos sociales en los que se producen. El saber médico, tanto a nivel epidemiológico como clínico impulsará una medicina del enfermo reducida al mismo, pero no en cuanto sujeto inmerso en su contexto, sino en términos de un cuerpo reducido a lo biológico y separado de su calidad de individuo complejo. (Menéndez, 2005)

Principales objeciones al Modelo Médico clásico

Uno de los aspectos más negativos es la deshumanización del sujeto de investigación, que se asume traducido a objeto de investigación, ajeno a sus particularidades constitutivas individuales y sociales. Sumado a lo anterior, casualmente los sujetos de investigación no corresponden casi nunca a niveles sociales medios y altos, sino que mayoritariamente son indigentes, población cautiva (presos, soldados, niños abandonados) o al menos pertenecen a los niveles más bajos de la sociedad. Le costó mucho tiempo a la ciencia darse cuenta de que los sujetos sobre los que realizaba sus experimentos controlados (de ensayos y error), no son objetos indeterminados, homogéneos e insensibles; sino que son individuos que pertenecen casi en exclusiva a determinados grupos sociales, que son sacados de sus vicisitudes sociales e históricas para ser transfigurados a objetos de investigación. (Menendez, 2005).

Otro elemento a replicar, es el referente a la concepción negativa sobre algunas actitudes de los conjuntos sociales, que el Sector Salud (SS) suele tener; dado que, considera que los mismos no suelen utilizar acciones preventivas, siendo reticentes a las mismas. Ello estaría basado en presupuestos ideológicos y en algunos criterios de prevención de uso por parte del SS. Éste, también tiene una visión de la población como pasiva, pero el hecho es que cuando este Sector impone acciones de participación social, las mismas se determinan mediante una orden basada en la asimetría, el verticalismo y un claro autoritarismo; ya que es el propio SS quien convoca, imparte las reglas y las orientaciones. Es decir que, el SS lamenta la pasividad de los grupos sociales pero paralelamente gestiona un tipo de participación que promueve dicha pasividad. (Menendez, 2005). La noción de participación, involucra varios aspectos, que son descritos con nitidez en varios trabajos de investigación, que le otorgan gran valor en la actualidad.

2.3- El proceso salud-enfermedad desde una mirada ética

Como pudimos ver, a lo largo de los siglos las representaciones sociales sobre salud y enfermedad han cambiado dependiendo del momento histórico, las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que caracterizan la época. Esto ha hecho que las comunidades se muevan bajo diferentes paradigmas que marcan sus estados de salud y enfermedad. (OlarTE, 2018)

En ésta línea de implicación, Vergara (2006) nos dice que existen dos opciones para describir el proceso salud-enfermedad, que parten de la antropología. La primera, relacionada con el punto de vista de los profesionales del área de la salud (médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, etc.), que le imprimen al fenómeno una mirada externa o ética, donde no se tiene en cuenta a la persona inmersa en la experiencia, sino que se medicaliza la situación limitándose a un acontecimiento físico. La segunda, es una mirada ética, que se liga a la persona y sus prácticas de vivir, pensar, comprender y organizar su contexto; ligando desde allí con su salud-enfermedad y entendiendo que en ese contexto existe un sistema de signos con sus correspondientes significados y significantes que son determinados de forma universal por todos sus miembros.

Cabe resaltar en definitiva, que si bien el MM está marcadamente instituido en las sociedades capitalistas, necesitamos comprender no sólo las razones de esa institucionalización sino también que varias de las principales características de la biomedicina forman parte de lo cultural en los diferentes estratos sociales. Por ello, es menester ahondar tanto en el saber médico como en el de los sujetos, las prácticas que permitan pensar otras alternativas para desarrollar la atención y prevención acorde a ello (Menéndez, 2005); es decir, el saber popular/del sentido común, que se abordará a continuación por estar cargado de relevancia a la hora de pensar en lo interdisciplinar que acuda a abarcar la mayor cantidad de aristas involucradas en el tan referido proceso salud-enfermedad.

En tal sentido, Olarte (2018), nos dice que los estudios sobre salud y enfermedad que colocan foco en la población (sus hábitos, costumbres y construcción de saberes comunes), han sido determinantes fenomenológicos clave, por lo que se les atribuye enorme valor, pues es desde allí que se puede conocer cómo se percibe la salud-enfermedad; es decir, eso que habitualmente se denomina sentido común por oposición al pensamiento científico, un conocimiento que es construido y compartido por cada sociedad. El autor hace referencia a lo que es la comunicación en salud (CeS), y nos dice que es un campo multidisciplinario que se configura desde los sectores de población que vuelcan sus inquietudes y necesidades de información en torno a temáticas de salud y enfermedad. Desde allí los mensajes que se proporcionen deben de ser precisos y directos, partiendo de fuentes respaldadas y expertas; teniendo en cuenta un canal asertivo para ello y promoviendo además que la participación de los sujetos sea configurado en un acto performativo,

en donde se permita la construcción de subjetividad individual en dichos procesos sociales. Es decir que de ese modo se podrá hacer uso de la libertad individual como producto de la reflexión de acciones, y no por inercia, entendida como las decisiones y comportamientos que las personas siguen sin hacer un proceso crítico de ellas.

Uno de los objetivos de la relación médico-paciente debe ser educar a las personas que consultan (usuarios), de modo que la información se convierta en la vía para ello; siendo uno de los focos centrales de modelación de las representaciones sociales en torno a las realidades sociales de las personas, porque es durante el diagnóstico y tratamiento que los sujetos se apropian de su condición frente a su experiencia, y crean así su singular estado de salud o enfermedad. (Olarte, 2018)

2. 4- Reduccionismo vs complejidad

Por lo expuesto y en acuerdo con lo expresado por Guerrero y León (2008), las definiciones de salud a lo largo de la historia y hasta hace muy poco tiempo, colocaron su interés en el sujeto individual excluyendo a la salud colectiva, la de las comunidades en las que aquellos habitan. En la década de los treinta del siglo XX, Cannon (1941), retomó el concepto de homeostasis y lo extrapoló a la población, denominándolo homeostasis social; pensaba que en ella la salud depende del equilibrio armónico de todos los elementos que dan cohesión a la sociedad, y esto junto a la concepción del Estado como unidad moral de todas las personas que lo constituyen y de la obligación de solidaridad universal (Alleyne, 2001), permite englobar además el componente político cuya función es parte fundamental en lo que respecta al proceso salud-enfermedad.

En diálogo con ello, cabe mencionar el reconocido informe sobre el Modelo Lalonde, que se configuró como un marco descriptivo y explicativo, de los determinantes de la salud que el autor dividió en cuatro (4) factores: biología humana, medio ambiente, sistema sanitario y los estilos de vida. Éste último, según el informe, es el que ocupa el mayor porcentaje de importancia, y se refiere a los hábitos, conductas de salud, estrés, entre otros. A pesar de ello, se evidencian las contradicciones existentes entre las propuestas que surgieron a partir del mencionado informe y la real visibilización de los determinantes, para la obtención de una mejor calidad de vida. (Menendez, 2011)

En concordancia con ello y respecto a lo que corresponde al Sistema Sanitario, tomando a Menéndez (2005), importa destacar que en dicha época, la concentración de la atención médica era evidenciada notoriamente por la construcción de grandes hospitales, que sumado al aumento en la demanda de atención por la población derechohabiente, propugno la creación de despersonalización y burocratización en el vínculo entre el personal de salud y los pacientes; pero

sobre todo en la relación más requerida por los sujetos y grupos sociales, es decir la relación médico-paciente. La constatación creciente de estos aspectos con consecuencias en la relación médico-paciente, llevó a proponer soluciones, que en parte fueron de tipo psicológico e implicaban educar a la población. Las mismas eran sólo en parte eficaces, pues no proporcionaban mejora de la relación institución-paciente, que era imperante; fenómeno que no puede ser reducido sólo a la mejora en la comunicación. La influencia de teorías psicológicas y sociológicas constituyeron episodios coyunturales, que fueron disueltos por las tendencias biologicistas predominantes. (Menéndez, 2005)

Es así que la investigación en salud comienza a aumentar en relevancia, con una gran variedad de modalidades, en donde cada una se encuentra respaldada teóricamente por una concepción filosófica, los denominados paradigmas. (Valdés García, 2006) Cuenta de ello lo da el desarrollo técnico-científico de la biomedicina, y el surgimiento de estratos sociales con capacidad de consumo, que en el transcurso del siglo XX se irá conformando en la medicina de especialidades. La consideración del cuerpo como una suma de partes muta en ser reducido a una parte aislada, donde cada parte se clasifica según la especialidad de la que está a cargo. Dicha tendencia, fue cuestionada por la propia biomedicina, en especial en nombre de la medicina psicosomática (Menéndez, 2005) y que nos proporciona gran valor otorgado a los fines de nuestros objetivos centrales, en tanto continuación a futuro del presente trabajo.

En la referida época, surge un emergente, que es la despersonalización del médico clínico por la hegemonización del médico investigador; reafirmando la visión reduccionista. Este proceso, se dirige no sólo hacia la subordinación de la clínica, sino peor, a la descalificación de la misma; ya que las características de los procesos personales del paciente y del médico con su “ojo clínico”, relevantes en la relación médico-paciente, se desdibujan cada vez más en la práctica, y no sólo por la reproducción de una medicina masificada en donde priman los criterios de productividad, sino por el reemplazo de la aptitud y actitud clínica por la “moda” farmacológica, en la que la prescripción de fármacos es su principal objetivo y de ese modo se identifica al profesional. (Menéndez, 2005)

Podríamos inferir a partir de los variados aspectos desarrollados hasta aquí sobre los modos en que los diferentes actores involucrados han hecho su participación, que están notoriamente alejados de la complejidad del mundo en el que se desarrollan los usuarios, por lo que el empeño deberá estar en la necesidad de quitar el velo hegemónico tan fuertemente arraigado, para invitar a dichos actores a por lo menos en principio, correrse de la posición reduccionista clásica que al parecer por tornarse obsoleta, debería caer en desuso.

2.5- La perspectiva interdisciplinaria, ¿una luz de esperanza que aboga por el trabajo desde la complejidad?

Como podemos ver, el pensamiento reduccionista del sujeto y el mundo, no ha dado respuestas abarcativas que proporcionen herramientas para abordar el pretendido “bienestar físico, mental y social”, y lograr que esa noción se encuentre extendida a la totalidad de las ciencias de la salud. Es deseable hacer hincapié en que la reunión de disciplinas para ello es condición necesaria e indiscutible, por lo cual la incorporación aquí del término interdisciplina, nos dará una aproximación sustancial y más que válida para posibilitar la comprensión del proceso salud-enfermedad desde la complejidad que atañe a las vicisitudes del ser humano.

Follari (1999) plantea que no debemos suponer que entendemos lo mismo cuando nos referimos a interdisciplina, porque en realidad su significado no es evidente, pero a pesar de ello, resulta muy natural incorporarlo al discurso. Existen versiones que colocan al término en distintas categorías desde dos niveles, por un lado, un nivel que aborda la interdisciplina relacionada a lo epistemológico y otro nivel que reflexiona sobre ella desde su aspecto ideológico. (Parentelli, 2011)

Al respecto, Morin (1997) deja en claro que la interdisciplinariedad sólo podría lograrse si nos deshacemos de las fronteras entre disciplinas, en donde la irrupción del problema de una disciplina sobre otra no permite hacer circular las conceptualizaciones. Roto ese impedimento delimitador, podrán formarse disciplinas híbridas que den por resultado un conjunto de pequeñas partes reunidas, que podrán lograr internalizar lo complejo del ser. Nos invita a alcanzar la interdisciplinariedad desde esa lógica de la complejidad del mundo. El pensamiento complejo esboza que cualquier realidad es un sistema, por el simple hecho de estar en relación a su contexto, y es por dicho vínculo que nuestro objeto de estudio ha de ser abordado en relación al mismo. (Morin, 2006)

La interdisciplinariedad, en particular referente al modo de estudiar las ciencias, favorece la recepción y tratamiento global de los problemas, enaltece la capacidad de detectar la vinculación entre diferentes campos de los mismos, permite abordar el análisis de situaciones desde la crítica y aporta gran apoyo en la formación de profesionales capaces de asimilar y potenciar los conocimientos adquiridos incluso fuera de la academia, permitiendo desplegar su subjetividad.

Edgar Morin (2003) hace alusión a lo que llama “la barbarie al interior de la ciencia”, que es la notable fragmentación disciplinar, que según el autor, es lo que ha conducido a los científicos a tener una visión reduccionista de los problemas, en tanto, deriva en una pobreza conceptual para comprender la forma global de los mismos. Es ese conocimiento parcial y reduccionista de la ciencia que fue percibido con malestar a partir de la segunda mitad del siglo XX, y así es que la

visión disciplinar se observó insuficiente. Así, se inició el surgimiento de las necesarias disciplinas híbridas que rompían las mencionadas fronteras disciplinarias, permitiendo favorecer la circulación de conceptos que logren abordar los problemas desde varias áreas del saber (Sommerman, 2006). En consecuencia, el acercamiento a los contenidos a través de un enfoque interdisciplinar, se develó por la suprema necesidad de una profundización teórica que permitiera llegar a un nivel más elevado en las investigaciones, incluyendo el conocimiento de diversos aspectos de la realidad inmersa en su contexto.

2.6- ¿Por qué interdisciplina hoy?

En la segunda década del siglo XXI, el tránsito ha sido hacia sociedades con problemáticas en donde la complejidad es cada vez más evidente, con variaciones rápidas y de lenta comprensión, que han implicado rupturas epistemológicas, gnoseológicas y ontológicas, en todos los ámbitos del vivir humano; en donde lo que se presenta como conocimiento moderno brindado por la evolución tecnológica para aumentar el bienestar y la calidad de vida de los usuarios, no llega, sin embargo, a concretar tales objetivos.

Es en esta realidad postpandémica desde donde la interdisciplinariedad debe ser como propuso Morin (1981), una perspectiva crucial para abandonar el paradigma de la simplificación y arribar al paradigma de la complejidad. Asimismo y en diálogo con Freire (1997), y en el entendido de que la comunicación y la interacción tanto humana como de las disciplinas, son fundamentales para la formación, es decir, donde es deseable que la educación (en este caso en salud) desempeñe un papel relevante y no apenas como artefacto novedoso, sino auténtica e intensamente transformador. Sin embargo, no podemos dejar de aclarar que, la perspectiva interdisciplinar no alude en caso alguno a que las disciplinas deban disminuir en importancia, en investigaciones y tampoco en categorías del saber. El trabajo de investigación exige la integración de las disciplinas, pero también, requiere de la presencia de especialistas de campos diferentes del saber, para que en mutua ayuda, dialoguen y comprendan mejor el fenómeno estudiado. Se asume por lo antedicho, que ese mutualismo disciplinar permitirá encontrar puntos en común, que finalmente contribuya a generar la interdisciplinariedad para el abordaje de la referida complejidad.

En consecuencia, si bien es claro que las disciplinas son plenamente necesarias, también queda de manifiesto que no son suficientes para intervenir en la compleja realidad, a este respecto Morin (1998), postula que no es posible dar por hecho la existencia de las disciplinas a menos que ellas reconozcan que se justifican en tanto existencia de relaciones entre las mismas, que posibiliten la complejidad en la que han de desempeñarse y por consiguiente que su trabajo no es de modo aislado sino por el contrario, en inter-acción-disciplinar. Por consiguiente, lo esencial de la interdisciplinariedad está dado por los vínculos de interrelación y cooperación entre dichas

disciplinas, a causa de un objetivo en común. Esa interacción genera cualidades integrativas, que de ningún modo lo podrían poseer las disciplinas de manera aislada, que son emergentes propios del sistema que conforma la sociedad y que desemboca en una organización de los conocimientos más en enlace con la realidad. (Morin, 2018)

Reafirmando lo anterior, cabe citar a Najmanovich (2005), quien expresa que el camino hacia el pensamiento complejo no requiere meramente un cambio de paradigmas, sino que implica una verdadera transformación global de la forma en que habitamos el mundo, lo co-construimos en el entrelazar de los vínculos, produciendo y validando los saberes a partir de lo experimentado. Dice la autora, que pretender colocar un suncho a la complejidad que representa un paradigma, asumiendo que simplemente invocamos “el invento” de una nueva metodología, denota un enfoque no sólo demasiado escueto sino arriesgado en torno a lo que realmente es la complejidad. El objetivo es abrir las perspectivas desde las que construir en la actualidad, “un nuevo modo de ciencia y de experiencia capaz de dar cuenta y hacer honor a la complejidad”. (p. 1) Dicho pensamiento, está en concordancia con Poliszuk (2008), quien expresa que el paradigma de la complejidad resulta inclusivo y articulador, porque integra no solo al sujeto sino también al objeto interdisciplinario, al utilizar toda la capacidad humana incluyendo lo dialógico, esto es, debido a que integra muchas veces temáticas antagónicas pero complementarias.

Continuando por el camino que venimos trazando y de acuerdo con Stolkiner (2015), los diferentes saberes disciplinarios resultan incompletos para estudiar la complejidad de los temas que se presentan en la actualidad, por lo cual no es apropiado abordarlos desde un campo disciplinario en concreto. Para esto, es necesario un trabajo entre disciplinas que sea constante y mantenido en el tiempo. Sin embargo, a pesar de lo que puede pensarse por lo expuesto hasta aquí, es importante resaltar que no debemos hacer de la interdisciplina un fin que meramente aprenderse deba enseñarse, sino que debe vivirse y por eso es necesario que esta perspectiva sea enseñada desde la reflexión crítica. Por lo mismo, cabe aclarar que, de ningún modo se debe llegar necesariamente al entrecruzamiento y establecimiento de una nueva disciplina. Más bien se refiere a una forma de transversalizar las disciplinas y ampliar la mirada epistemológica, sin descartar además, su capacidad de fortalecerlas. No existen dudas de que el trabajo interdisciplinario es un gran desafío que exige una postura mental abierta y adecuada a la tarea planteada, ya que así lo requieren las múltiples y diferentes perspectivas desde donde se debe mirar, analizar e intentar transformar la realidad, trabajo que requiere además del apoyo desde los diferentes organismos nacionales e internacionales encargados de políticas, leyes y programas.

CONSIDERACIONES FINALES

Desde que ingresé a la formación en la Licenciatura en Psicología, me llamó poderosamente la atención una idea que se resume perfectamente en lo dicho por Russo (2009), y es que si bien pensar en pares de opuestos como alma-cuerpo, es una característica del pensamiento antiguo; sigue sin dudas hasta nuestros días su impronta marcada de manera muy profunda en el proceso histórico de nuestra sociedad, “determinando la forma de pensar, de vivir, de hacer ciencia, de la religión, en definitiva, de todos los aspectos cotidianos del individuo” (pág. 40).

Pues bien, en un recorrido por la bibliografía al respecto de los conceptos, nociones, acercamientos a definiciones y acepciones “vulgares” del término salud, se puede ver claramente dos grandes dicotomías, salud-enfermedad y alma-cuerpo; y cómo en torno a ellas la cuestión continúa en auge desde la antigüedad, como mencionaba al principio. Se toman y retoman las mismas ideas, para desarmarlas y armarlas intentando configurarlas a imagen y semejanza de la época. Esto, en cierto modo, se entiende como un interés por hacer evolucionar el término y los modos de abordarlo, pero por otro lado, se siente cierto estancamiento en dicha evolución, y adhiero a las palabras de Guerrero y León (2008), cuando dicen que “todos hablan de salud, pero nadie sabe lo que es.” (pág. 613)

En la mayoría de los casos, se puede observar una visión negativa de la salud, por oposición a lo que es la enfermedad. Es que si bien mucho se ha discutido, la salud sigue sin ser un constructo pasible de ser encasillado en etimologías por completo elocuentes. Es así que expresiones como, “la salud es el silencio de los órganos”, llaman enormemente la atención. Ha sido muy difícil encontrar un límite fronterizo exacto entre lo que es salud y lo que implica caer en el proceso de enfermar. Ese binomio salud-enfermedad, ha variado en su significado a lo largo de la historia y de las culturas, lo que deja en evidencia que los modos de enfermar dependen de los contextos sociohistóricos, “lo que se considera normal en un momento dado, es posible que ya no lo sea después” (Gavidia y Talavera, 2012, p.167).

Podemos interpretar de lo desarrollado en este trabajo, que la complejidad de los problemas del mundo contemporáneo, necesita con urgencia un nuevo modo de vinculación entre las disciplinas encargadas de dar respuesta a las problemáticas del ser humano, que integre y atienda de mejor manera a las necesidades emergentes, con el fin de responder a la búsqueda de soluciones, por lo que integrar las nociones y prácticas de lo interdisciplinar debería estar incluido en los currículos no solo universitarios sino desde antes, en la Educación Media Superior (EMS). Poco se hace en referencia a ello en lo académico correspondiente a bachillerato, cuando las posibilidades de

vocación a futuro están encasilladas en elecciones de orientaciones estructuradas y bastante rígidas, teniendo además poca relación con contenidos del mundo real tangible e intangible, y en general, ningún vínculo con la propia vida del estudiante, como para que puedan ya desde allí comenzar a tener una reflexión crítica acerca de la compleja realidad, para que la idea de lo interdisciplinar vaya calando en sus formaciones académicas. Más que un quiebre en la transición de educación media a superior, deberían tener una continuidad de proceso ininterrumpido. De ese modo, como señalan Gandolfi y Cortazar (2006), la formación de los profesionales debe estar enfocada en pretender ser un recurso polivalente para poder hacer eco en los variados niveles de la compleja realidad, ampliando de ese modo las posibilidades de abordaje; con lo que evitaríamos que se dé la fragmentación de conocimientos en donde según la orientación elegida cada estudiante es “secuestrado” posteriormente por su disciplina, que delimitara su campo de conocimiento y casi a modo de gringola dirigirá el quehacer por el resto de su vida profesional.

Como dice De Souza (2008), “no estoy diciendo que todos los estudios del área de salud deban ser interdisciplinarios sino que sería bueno que lo fueran” (p. 5). No existen dudas de que cada disciplina origina conocimientos propios, que son importantes para el avance de la ciencia, así como para poner foco en determinados aspectos de la realidad; pero tampoco existen dudas de que esa misma realidad nos interpela en nuestro quehacer, y es fundamental reivindicar el valor otorgado al diálogo, el intercambio y la combinación entre diversos saberes (académicos y populares). Hoy vivimos en un mundo en donde conviven la génesis de conocimientos de diversos tipos y de forma plural, por lo que en la formación sería menester hacer honor a ello.

Sin embargo, algunas modalidades en dicha génesis, están en crisis y ese debe ser el punto de reflexión e inflexión. El conocimiento basado únicamente en la razón; ese conocimiento que asigna etiquetas sociales; el conocimiento que propone casi como de origen divino al poder y al saber del científico y del profesor como poseedores de la verdad única y absoluta; ese conocimiento peligrosamente separado de los cambios sociales, es decir, el conocimiento descontextualizado. Contrariamente a ello, lo contemporáneo impone focalizar sobre algunos aspectos importantes de la realidad, a los que prestar mayor atención (De Souza, 2008), logrando hacer de una perspectiva interdisciplinaria, un nuevo paradigma desde donde sentar las bases para la educación y la práctica de los saberes.

Luego de la revisión bibliográfica realizada, podríamos dejar un hilo conductor por donde comenzar a pensar que algo similar sucede entre la psicología y la odontología, que a primera vista son dos áreas de la salud que aparentemente son opuestas. En primera instancia, en cuanto al lenguaje disciplinar que caracteriza a cada una, revelado como una de las diferencias al respecto del objeto que nos convoca en este trabajo. Mientras en la odontología, la "cavidad bucal" es la expresión más comúnmente utilizada, en la psicología, se hace referencia a "oralidad", con mayor frecuencia. Por

otra parte, en lo concerniente a científicidad, la primera está por fuera de los estándares en cuanto a lo que a ciencias “duras” refiere y la segunda, está sustentada por principios puramente basados en la evidencia. Sin embargo, en realidad y por concordancia con lo antedicho, tienen múltiples intereses en común, que permiten la existencia incluso, de una en la otra. La psicología podría brindarle apoyo al quehacer diario de la odontología, al requerir esta una atención especial, por las características inherentes a su fase diagnóstica y terapéutica, las cuales pueden producir estrés y miedo en un ambiente desconocido con situaciones poco agradables, por experiencias previas o proyectadas por vivencias cercanas, donde el paciente adopta una posición corporal de indefensión; siendo ello coincidente para el caso de la consulta psicológica.

Hay varias aristas desde donde se puede medir el valor no solamente real sino también otorgado social e históricamente a la boca. Por un lado, está la arista sustentada en bases biológicas propiamente dichas; en donde la boca es el receptáculo de varias funciones vitales tales como las tan básicas de alimentación y fonación. Por otro lado, de no menor importancia y a su vez en enlace con las anteriores, es el significado psíquico que reviste, único en relación a otras partes del cuerpo. Por lo tanto, la boca es aunque resulte evidente decirlo, una parte integrante de la totalidad de un cuerpo físico mayor; siendo lo complejo aquí destacar que además es una imagen corporal en donde ese cuerpo está representado a nivel psíquico (Rojas, 2004). Esa formación psíquica refiere al modo en que el sujeto representa su sí mismo. Es así que el profesional de la salud dedicado a intervenir en la estrecha cavidad bucal, deberá tener en cuenta estos aspectos. Ese profesional deberá tener presente que la cavidad bucal a la que se enfrenta es parte de un sujeto que expone y expresa a través de ella, múltiples experiencias psicosociales que han ido conformando e integrando su subjetividad. Parece redundante aclararlo, pero ciertamente que no lo es. En nuestro país hasta hace muy poco la academia no incluía en su currícula educativa conocimientos concernientes a aspectos psicológicos básicos como la empatía; y ello era responsabilidad y porque no decir habilidad del profesional, que lograra demostrar con su “calidez humana”, poseerla o carecer de ella. La formación en la Universidad de la República a la que tuve y tengo el gusto de pertenecer, es de las mejores de la Latinoamérica y sin desmedro de ello hago hincapié en que la incorporación de contenido basado en teorías Psicológicas es condición sine qua non para la formación de profesionales capaces de abordar de la manera más humana a otros que también en calidad de humanos, acudirán a la consulta odontológica.

De esta forma, es deducible que los conocimientos de la psicología, como ciencia aplicada a los procesos cognitivos y la conducta, tienen gran relevancia, a la hora de abordar la prevención o tratamiento de las enfermedades bucodentales (Vinaccia, Bedoya y Valencia, 1998); y de allí parte la certeza de que la importancia de la interdisciplina radica en que la odontología demanda un acompañamiento, soporte y apoyo de índole psicológico específicamente en aspectos concernientes a la prevención, la educación para la salud, la consecución de los tratamientos

sugeridos y el mantenimiento bucodental; y del mismo modo, en lo concerniente al afrontamiento de problemas que para el psicólogo como analista supone el manejo de su analizante, por ser la boca de gran importancia para la psicología, en tanto receptáculo de múltiples funciones relacionadas desde los primeros años de vida en el contacto con el mundo, comunicación social básica, transmisión de emociones así como lo es la indispensable formación de la palabra para la conformación del síntoma, en la consulta.

Tanto el odontólogo como el psicólogo, cuando se relacionan con su paciente/consultante, respectivamente; deberán considerar estos aspectos para conseguir una buena alianza que permita fortalecer el vínculo con el sujeto y su problemática a fin de lograr en aquel, confianza y predisposición, puntos claves para la consecución efectiva, no solo del plan terapéutico, sino también y de no menor importancia, tener como meta que el abordaje interdisciplinar permita una atención holística, que atienda la complejidad. De ese modo, dichos profesionales obtendrán como regalía, lograr comprender los comportamientos desde la compleja individualidad, y a su vez que para el sujeto se revele consciente la toma de acciones en torno a su problemática, cualquiera sea la misma. La relación se verá fortalecida en la medida que se considere a ese Otro, como una persona independiente que además tiene ciertos conocimientos y capacidad de decisión respecto a su salud.¹ Es decir que es amplia, además de contundente, la trascendencia de una sobre otra.

Habitamos una época en la que las nociones de salud y enfermedad mental, son fuertemente interpeladas, especialmente por la aparición de nuevas clasificaciones diagnósticas, en donde las patologías de “origen psicológico” ocupan un lugar cada vez más destacado dentro de las hipótesis que explican la enfermedad y el sufrimiento humano en general.

Es así que, la Psicología como disciplina aplicada y el psicoanálisis como uno de los marcos teóricos en los que ella se basa, tiene vinculación clave en la vida personal del ser humano desde el nacimiento y durante toda su existencia, y que brinda aportes tanto teóricos como fundamentalmente prácticos que tienen vinculación directa con el campo interdisciplinar de las ciencias de lo humano. Desde esa base, podemos entonces intentar responder a preguntas como, ¿qué lugar ocupa el psicoanálisis en los avatares de lo humano? Puede ser interesante traer aquí, una de las ideas de Freud (1914- [1984]) cuando expresa que, “el psicoanálisis tiene como destino irritar a los hombres” (p. 8); planteando que el psicoanálisis es productor de la tercer herida narcisista (de amor propio) que ha sufrido la humanidad, al caer en la cuenta de que el Yo no es el

¹Es menester hacer una salvedad en este punto, ya que a lo largo del trabajo, han quedado expuestos conceptos que quedan implícitos y que son importantes, a saber: alianza terapéutica, insight, además de la transferencia y contratransferencia. No es posible ahondar sobre ellos en este trabajo, más que someramente. Se remite al lector a autores como Bleger (1964), Alizade (2002) y Safran & Muran (2005), quienes, entre otros, abordan detalladamente dichos términos y nociones.

gobernante de la vida anímica, sino que lo es el icc, pues estamos regidos por procesos anímicos que están fuera de la cc.²

Por ello, lo interdisciplinar se asume como pertinente (entre psicología y odontología), con el objetivo de procurar soluciones holísticas a situaciones reales y optimizar procesos humanos. Es así que, considerando a la psicología una profesión que implica una ciencia y una disciplina académica que la enmarcan tanto en el campo de las ciencias humanas como en el campo de la salud, se comprende la importancia de establecer una vinculación, en este caso, entre la odontología y la psicología, sirviendo a su vez para ampliar el conocimiento del odontólogo al respecto; aportando así nuevos elementos para su formación en el campo social y humanístico, de manera tal de vincular lo concerniente a “la boca”, que como vimos va mucho más allá de la fisiopatología del sistema estomatognático que la enmarca topológicamente; con la perspectiva del desarrollo de los individuos, ocupándose de la comprensión de los factores que se vinculan a los estados de salud de las personas con sus patologías o enfermedades, así como también poder atender otras variables involucradas en el desarrollo psíquico.

En suma y a modo de reflexión final clave a los fines de este trabajo, destacar que en el intento de problematizar estas cuestiones, que como señalé son vividas a diario en mi quehacer laboral y que anhelo serán también parte de mi ejercicio como Licenciada en Psicología, se visualiza la importancia que radica en impulsar el trabajo interdisciplinario entre ambas disciplinas (psicología y odontología), así como hacerlo extensivo a las demás áreas de la salud involucradas en el abordaje de los sujetos, que por su complejidad, requieren de una visión global en su atención; y por consecuencia de ello, permitir una mirada a la interdisciplina como una necesidad imperante, porque la reunión de disciplinas para la resolución de las problemáticas en salud, debe imponerse como un derecho humano fundamental.

El foco está puesto en una mirada al proceso de salud-enfermedad que permita la posibilidad de generar más espacios en donde la interdisciplina que involucra lo psicológico pueda ser parte integrante del quehacer profesional tanto en lo que concierne a las mencionadas disciplinas, como haciéndola extensiva a la salud en general; para que sirva en lo referente a las representaciones sociales que construye nuestra cultura, a las que se hicieron referencia; y por medio de las cuales nos comunicamos, relacionamos y reproducimos nuestras vivencias. Resulta además indispensable, que existan políticas públicas que permitan a los individuos “ser y hacer parte” en la

² Cabe destacar que, cuando nos referimos a psicoanálisis, hacer referencia a su vinculación con otros ámbitos (arte, teatro, cine, escritura y más) no debería darse por sobreentendido, y principalmente, en tanto a inter-disciplinas de lo humano se refiere. Pero en consonancia con los objetivos del presente trabajo, sólo se hizo mención a su vinculación con la salud e interdisciplina, y no en su relación con otros campos de saber.

gestión de su bienestar de un modo holístico; y es con la convicción de que desde la interdisciplina pueden generarse esos canales, que hago especial énfasis en ello.

Pues bien, por lo expuesto, resulta evidente que como la interdisciplinariedad se sustenta en la complejidad, no puede transitar hacia el reduccionismo, tanto en la producción de saberes, como en la práctica misma. Podemos inferir que este es el gran desafío de la interdisciplinariedad, el de echar raíces en un campo científico, donde la gran mayoría de quienes lo integran aún transitan con una conciencia desde la disciplinariedad; sea esto por la practicidad que ello evoca para la investigación en sí o quizás en algún punto la falta de voluntad para incursionar en dichas complejidades, que exige la predisposición a crear vínculos, lo más diversos posibles, para lograr producir conocimientos que lleven a prácticas más emparentadas con la realidad de los sujetos y los más diversos fenómenos que ellos cargan. Abrirnos al ejercicio interdisciplinar requiere de valentía, compromiso, apertura y la presencia imperiosa de la ética profesional; conjunto de ingredientes que permitirán disolver el apretado suncho que encorseta a los cuerpos disciplinares.

Somos parte de una comunidad de profesionales con el deber de ser y hacer en pro de la mejora en la calidad de vida de los sujetos que confían en nosotros. Seamos también parte de un verdadero cambio de paradigma en donde lo interdisciplinar sea considerado nuestro horizonte hacia un norte que favorezca la calidad en la atención de la complejidad de lo humano que nos convoca, y que en definitiva, involucra a cada uno de nosotros mismos, esencialmente. Se podrá de ese modo ser parte de una misma moneda en donde por un lado, el sector salud proceda de un modo holístico en el abordaje y por otro lado, los sujetos puedan realmente tomar acciones en su salud integral, que nos permita despojarnos de patrones preestablecidos y a la misma vez, nos ayude a capitalizar un nuevo paradigma de salud en clave interdisciplinario.

¿Es esto posible?. ¿Con qué recursos?. ¿Cómo formar sujetos que desde sus inicios encarnen la necesidad de trabajar desde lo interdisciplinar?. ¿Cuál es el impulso que necesitamos para que ello no perezca en escritos obsoletos?. En fin, quedan muchas interrogantes planteadas a partir de este recorrido, con el anhelo de que el trabajo interdisciplinar no quede en meras utopías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alizade, A. M. (2002). El encuadre interno. In Trabajo presentado en el XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica. FEPAL, Montevideo, Uruguay.
- Assoun, P. (1981 [2001]). Introducción a la epistemología freudiana. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Barreto, J. F. (1999). Sistema estomatognático y esquema corporal. *Colombia Médica*, 30(4), 173-180.
- Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica. *Temas de psicología (entrevista y grupos)*.
- Cannon, W. B. (1941). La sabiduría del cuerpo. Séneca.
- Chiozza, L. A. (2008). Metapsicología y metahistoria 1: escritos de teoría psicoanalítica - 1a ed. - Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- De Souza Minayo, M. C. (2008). Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud. *Salud colectiva*, 4(1), 5-8.
- Ewen, S.J., (1977). "Psicología de las Enfermedades Orgánicas". Cap. 14. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Fadiman, J. y Frager, R. (1976). "Teorías de la Personalidad". Cap. 1. Oxford University Press México. México.
- Follari, R. (1999). La interdisciplina en la educación ambiental. *Tópicos en educación ambiental*, 1(2), 27-36.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía del Oprimido*.(40 ed.). México: Siglo veintiuno editores.
- Freud, F. (1900) La Interpretación de los Sueños. En L. Ballesteros (Traduc.) Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. III) España: Editorial Biblioteca Nueva (1972).
- Freud, F. (1905) Tres ensayos de una Teoría Sexual. En L. Ballesteros (Traduc.) Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. III) España: Editorial Biblioteca Nueva (1972).
- Freud, S. (1914 [1979]). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En: Strachey, J. Obras completas: Sigmund Freud. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1915 [1979]). Lo inconsciente. En: Strachey, J. Obras completas: Sigmund Freud. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916 [1978]). La fijación al trauma, lo inconsciente. En: Conferencias de introducción al psicoanálisis (pp. 250- 261). En: Strachey, J. Obras completas: Sigmund Freud. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923 [1979]). El yo y el ello. En: Strachey, J. Obras completas: Sigmund Freud. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1940a [1938]) Compendio del psicoanálisis, BN, t. III, págs. 1009-1062.
- Gandolfi, A., & Cortazar, M. (2006). El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud. *VIII Jornadas de Psicología Universitaria.(73-78) Universidad de la República, Facultad de Psicología.*
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción social de la salud. *Revista Didáctica de las ciencias experimentales y sociales. España: Universidad de Valencia.*
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 18(53), 610-633.*
- González Blanco, O., Solórzano Peláez, A. L., & Balda Zavarce, R. (1999). Estética en odontología: Parte I Aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal. *Acta odontológica venezolana, 37(3), 33-38.*
- Heymann, HO (1987). El arte de la odontología estética conservadora. *Revista de la Asociación Dental Estadounidense (1939) , 14E-23E.*
- Jorge, P. O. L. I. S. Z. U. K. (2008). Interdisciplinariedad en educación. Una alternativa en el proceso de enseñanza aprendizaje de la educación matemática en la nueva secundaria.
- Korovsky, E. (2008). Desde el corazón del Psicoanálisis. *Psicosomática Psicoanalítica II. Secc. XII (125-146).* Montevideo, Uruguay.
- Laplanche, J. Pontalis, J. (1967 [2004]). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva, 1, 9-32.*
- Mizraji, M., Bianchi, R., & Manns Freese, A. (2012). Sistema estomatognático. *Actas Odontológicas.*

- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista universitaria de investigación*, 9(1), 93-107. Dic. 2012 9 (2): 35-47.
- Morin, E. (2006) El método. El conocimiento del conocimiento. España: Cátedra, Madrid
- Morin, E. (2010). Sobre la interdisciplinariedad. *Publicaciones Icesi*.
- Morin, E. (1997). La inteligencia ciega. *Introducción al pensamiento complejo*, 27-35.
- Morin, E., & Pakman, M. (2003). *Introducción al pensamiento complejo* (p. 167). Barcelona: gedisa.
- Morin, E. (2020). *La mente bien ordenada: repensar la reforma, reformar el pensamiento*. Siglo XXI Editores México.
- Morin, E. (1982). Para salir del siglo XX. In *Para salir del siglo XX* (pp. 361-p).
- Morin, E. (1998). *Articular los saberes: ¿ qué saberes enseñar en las escuelas?*. Ediciones Universidad del Salvador.
- Morin, E. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro.
- Najmanovich, D. (2005). La complejidad: de los paradigmas a las figuras del pensar. *Revista Complexus*, 2(2), 67-76.
- Nieto Mena, S., Tiscareño, H., & Castellanos, J. L. (2018). Neurofisiología y bruxismo. *Revista ADM*, 75(4).
- Olarte-Jaramillo, M. (2018). Salud y enfermedad, dos construcciones culturales. *Biosalud*, 17(1), 67-79.
- OMS (1978). Report of the international conference on Primary Health Care. *Alma-Ata*.
- OMS. (1998). Promoción de la Salud, Glosario. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (15 de marzo de 2022). Salud bucodental. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Parentelli, Varenka (2015). «Interdisciplina: la polisemia y la concepción de los docentes». En: InterCambios, nº2, diciembre.
- Rojas Alcayaga G, Misrachi Launert C. (2004). La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Av. Odontoestomatol* 2004; 20-5: 239-245.

- Russo, A. (2009). La escisión "alma cuerpo" en perspectiva histórica. *Equipo docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórico Técnicas. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Perspectivas psicológicas en salud*, 39-55.
- Russo, A. (2013b). Psicósomática Psicoanalítica. Un enfoque que supera la clásica dicotomía mente cuerpo. En Carro, S., Cuesta, P., Vaeza, R., Díaz, A., Cohen, J., Gonçalvez, L., Tomassini, A., Salvo, J., y Sintés, R. En *Perspectivas Psicológicas en Salud*. (pp. 57-67). Montevideo: Psicolibros.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). La alianza terapéutica. *Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sommerman, A. (2006). Inter ou Transdisciplinaridade? Da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. São Paulo: Editora Paulus.
- Stolkiner, A. (2015). Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En: Tesler L., ¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria (p.6). Buenos Aires: Colihue.
- Uruguay. (2017, setiembre 19). Ley nº 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Valdés, P. (2006). Paradigmas de la Investigación en Salud. *Documento de trabajo para el Curso GIS III*. https://www.insp.mx/images/stories/Centros/núcleo/docs/dip_lsp/paradigmas.pdf, 1-5.
- Vilar, S. (1997). La nueva racionalidad. Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios. Barcelona: Editorial Cairós.
- Vinaccia S., Bedoya L, Valencia M. (1998). Odontología y psicología, disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica. *Rev.Latinoam.de Psic.*30(1), 67-82.