



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**TRABAJO FINAL DE GRADO 2024**  
**MONOGRAFÍA**

**EL BRUXISMO DESDE LA MIRADA DE LA  
PSICOSOMÁTICA PSICOANALÍTICA**

**Tutora: Prof. Ana Laura Russo Cancela**

**Revisor: Prof. Beatriz Gloria Falero Bonilla**

**Mariana Martínez - 4.954.144 - 9**

**Montevideo**

# Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	2
Justificación.....	4
1 - ¿Qué es la Psicopatología?.....	7
2 - Desarrollo histórico de la Psicopatología desde la Antigüedad hasta nuestros días.....	8
2.1 - Entendimiento de la mente y el cuerpo, la salud y la enfermedad en la Edad Antigua (S. XXX a.C. - V d.C.).....	8
2.2 - Perspectivas: alma - soma / salud - enfermedad en la Edad Media (V - XV d.C.).....	9
2.3 - Concepciones de la Edad Moderna (XV - XVIII d.C.).....	10
2.4 - Perspectivas de la Época Contemporánea (finales del siglo XVIII hasta la actualidad).....	10
2.5 - El surgimiento de la Psicopatología ¿Desde que escuela nos posicionamos?....	12
3 - Teoría Psicoanalítica Freudiana.....	15
3.1 - La primera tópica.....	17
3.2 - La segunda tópica Freudiana.....	19
3.3 - La libido y sus etapas de evolución.....	21
4 - La boca y los dientes como zonas erógenas con alta carga libidinal.....	25
4.1 - La carga libidinal de la boca como zona erógena.....	26
4.2 - Los dientes: su función biológica.....	27
4.3 - Las fantasías y sentido psicopatológico de los dientes.....	28
5 - Bruxismo: características clínicas y sentido psicopatológico.....	30
5.1 - Bruxismo: definición y características clínicas.....	30
5.2 - El sentido psicológico del bruxismo desde la Psicopatología Psicoanalítica Rioplatense.....	32
Reflexiones finales.....	36
Referencias.....	41

## **Resumen**

El presente Trabajo Final de Grado en formato monografía aborda la manifestación psicósomática del bruxismo desde la Psicósomática Psicoanalítica Rioplatense.

La Psicósomática se comprende como una disciplina que busca integrar aspectos psíquicos y somáticos, abordando los procesos de salud y enfermedad. El desarrollo de este concepto ha sido influenciado por diversos pensadores a lo largo de la historia, desde la Antigüedad hasta nuestros días. Autores como Sócrates, Descartes, Freud, entre otros, han contribuido en la comprensión de la relación mente-cuerpo.

Freud, en particular, formuló teorías que explican cómo, conflictos inconscientes pueden manifestarse en el cuerpo a través de síntomas físicos, proponiendo la interacción entre las estructuras de la primera y segunda tópica, las cuales forman parte del aparato psíquico. Un breve abordaje de la metapsicología freudiana permite articular y comprender la boca como zona erógena cargada de energía libidinal.

En este contexto, las etapas de desarrollo libidinal son relevantes, ya que la etapa oral es fundamental en el estudio de patologías bucales. Las piezas dentales no solo cumplen una función biológica, sino que también se vinculan con afectos y fantasías inconscientes asociadas a la agresión, voracidad, control, destrucción e incorporación.

El bruxismo se define como una actividad parafuncional vinculada a conflictos inconscientes que no han sido elaborados conscientemente. Revela la incapacidad de descargar adecuadamente la energía libidinal, expresada a través del rechinar y apretar de los dientes. Estas nociones brindan mayor claridad, revelando la importancia de abordar tanto el aspecto físico como psíquico en el tratamiento de esta manifestación.

**Palabras clave:** Bruxismo, Psicósomática, Psicoanálisis.

## **Introducción**

Este documento se enmarca dentro del trabajo final de grado para la obtención del título de licenciada en Psicología, otorgado por la Facultad de Psicología de la Udelar.

Se trata de una monografía, donde se propone abordar el bruxismo como una manifestación psicósomática, para lo cual se trabajará desde la teoría del psicoanálisis y específicamente desde la escuela rioplatense.

El bruxismo es considerado como un hábito y una actividad repetitiva parafuncional, fundamentalmente de los músculos masticatorios masetero y temporal, que se caracteriza por la fuerza que ejercen los dientes, apretando o rechinando, gracias a la acción de la mandíbula sobre el maxilar, realizando una fuerza hacia adelante (protrusión) o hacia un lado (lateralidad), apuntalando o empujando la mandíbula (Stefanell et al., 2022; Salinas Soto, 2019).

El bruxismo afecta a un gran porcentaje de la población uruguaya, lo que ha sido comunicado en una publicación del año 2011, "Prevalencia de trastornos temporomandibulares y bruxismo en Uruguay", por Riva y colaboradores (2011), y a través de un estudio previo en la población uruguaya, se demostró una alta prevalencia en los TTM (trastornos temporomandibulares) y bruxismo en población de mujeres y hombres. Los datos obtenidos superaron el 50%, determinando prevalencia de ambas dolencias en las mujeres (Riva et al., 2011). Dado el alto porcentaje de perjuicio del bruxismo en la población uruguaya, amerita profundizar en la temática.

En este trabajo, buscaremos el sentido psicológico de la manifestación somática del bruxismo, tratando de entender qué es lo que se expresa a través del rechinar y apretar de los dientes, evitando la búsqueda causal y una mirada dualista.

Para una mejor comprensión de la temática, este trabajo se ha dividido en capítulos, y en secciones. El orden de los contenidos busca la comprensión de parte del lector, hasta desembocar en el sentido psicológico de las patologías dentarias y específicamente, el bruxismo.

El bruxismo será analizado desde la Psicósomática Psicoanalítica, por lo que es importante introducir definiciones que aproximen al lector a la temática. Por esta razón, el capítulo 1, brinda definiciones de la Psicósomática otorgadas por algunos autores que desarrollaron con especificidad este tema. Dentro de estos, los autores más representativos de la psicósomática psicoanalítica rioplatense son Luis Chiozza y Edgardo Korovsky, quienes realizaron destacados aportes sobre la temática, definiendo una forma particular de comprender el sentido de las manifestaciones orgánicas de enfermedad.

La palabra "Psicósomática" se encuentra compuesta por dos vocablos "Psyché", la cual se puede interpretar como alma, y "Soma" comprendida como cuerpo. Se puede decir que la Psicósomática es una disciplina que brinda una forma de pensar y explicar al ser humano desde un modelo holístico, intentando unificar la mente y el cuerpo (Russo, 2009a;

Russo, 2009b). Como podrá observarse en el capítulo 2, esta concepción integral no ha sido uniforme a lo largo de la historia, sino que se observan diferentes ideas en relación a las dicotomías de salud - enfermedad y mente - cuerpo. Por esta razón, es importante realizar un breve recorrido histórico de estos conceptos a través de diferentes épocas, desde la Antigüedad hasta la Época Contemporánea, hasta el surgimiento de la Psicopatología como tal y el desarrollo de esta, desde diferentes escuelas.

Es importante abordar algunos conceptos desde el Psicoanálisis, los cuales serán implementados en el análisis que haremos del bruxismo. Por lo tanto, en el capítulo 3 se desarrollarán los fundamentos de la teoría freudiana. Serán desarrolladas de manera concisa, la primera y la segunda tópica, las cuales nos permitirán comprender la concepción de la mente y su funcionamiento. Así mismo, se abordarán los procesos psicológicos importantes que se producen a lo largo del desarrollo biológico del individuo, como las etapas evolutivas de la libido, de las cuales tomaremos la etapa oral como la más importante para la temática que nos ocupa. Estos desarrollos permitirán darle un sentido psicológico desde la mirada de la Psicopatología Psicoanalítica, al bruxismo.

En el capítulo 4 se hará hincapié en la cavidad bucal y sus funciones, haciendo enfoque en los dientes. Se brindará desde una mirada biologicista las características de dichas partes, para luego hablar de los procesos psicológicos que se vinculan a la boca. Las piezas dentales, además de poseer un sentido biológico asociado a la supervivencia del ser, por ejemplo, a través de la alimentación, también poseen un sentido psicológico, por lo que se indagará en las fantasías dentales y el sentido psicopatológico que se les otorga.

La boca es naturalmente una zona erógena altamente cargada libidinalmente, pero ¿qué sucede cuando esta energía no puede ser descargada correctamente?. A través de la función dentaria parafuncional, como el apretar o el rechinar de los dientes a través del bruxismo, se manifiesta aquello que el sujeto no puede expresar de otras formas.

Por esta razón, al finalizar, en el capítulo 5, se hará hincapié en el bruxismo, definiéndolo y abordando sus características clínicas, ya que a través de estas se manifiesta un sentido psicológico el cual estaremos analizando desde la Psicopatología Psicoanalítica Rioplatense.

## **Justificación**

La elección de esta temática desde lo personal se relaciona al interés que he tenido por el psicoanálisis a través de los años de formación durante el tránsito por la carrera de Psicología, lo que me ha llevado a elegir algunas materias desde esta línea teórica.

En el año 2023, realice la práctica de graduación de la carrera, desde el enfoque de la Psicología Cognitivo Conductual “Clínica Odontológica. Bruxismo y TTM” en la Facultad de Odontología en articulación con la de Psicología. Más allá del enfoque teórico de esta práctica, pude observar a partir del relato de los usuarios del servicio de atención, que el diagnóstico de bruxismo se asociaba frecuentemente a aspectos emocionales. Esta experiencia, despertó en mí el interés por la búsqueda de otros marcos teóricos que expliquen la relación entre los afectos y los síntomas, por lo que en esta monografía, he decidido abordar el bruxismo desde la Psicología Psicosomática Psicoanalítica desde la escuela rioplatense.

Aunque la psicología psicosomática psicoanalítica no ha sido desarrollada de manera específica en la carrera de Psicología, considero que mi decisión de abordar esta temática está influenciada por el recorrido de unidades curriculares obligatorias y seminarios optativos que incluyen conceptos psicoanalíticos. No obstante, más allá de mi interés personal, es importante señalar que el bruxismo puede abordarse también desde otras corrientes psicológicas e, incluso, desde distintas escuelas dentro de la propia psicología psicosomática psicoanalítica, cada una ofreciendo enfoques valiosos y complementarios.

¿Por qué la elección del bruxismo, habiendo tantas otras manifestaciones de enfermedades? Son varios los factores, en primer lugar, parece adecuado e interesante seguir investigando en base a mi última práctica realizada de la carrera de Psicología, la anteriormente mencionada, en base a mi interés personal y la economización de las decisiones.

Segundo, como se mencionó en la introducción, hay una gran prevalencia de bruxismo en la población de nuestro país, como se menciona en el trabajo de Riva y colaboradores (2011), afectando la salud bucal y la calidad de vida de los sujetos. Por lo que considero relevante el estudio de este hábito, al cual, muchas veces no se le da la importancia que le corresponde o el tratamiento adecuado desde las clínicas odontológicas.

Han pasado 13 años desde la publicación de esta investigación, por lo que trabajos como este pueden incentivar el surgimiento de nuevas investigaciones y brindar valores más actualizados frente a los niveles de afectación del bruxismo en nuestra población y posibilitar la realización de nuevos trabajos, desde este u otros enfoques.

Desde la facultad de Odontología es notoria la preocupación de estudiantes y profesores, ante pacientes con bruxismo y TTM, que concurren a las clínicas y que

manifiestan la necesidad de expresar y hablar sobre sus problemas de vida, viendo una relación entre el bruxismo y conflictos en la expresión de los afectos. Ante la necesidad del profesional y las ansiedades emergentes en estos casos, considero correcta la elección del bruxismo como parte de la temática de este trabajo, y el análisis del sentido psicológico que los sujetos le pueden dar al mismo. Esto puede brindar luz en la comprensión de los Odontólogos ante esta patología, y a continuar ampliando el trabajo interdisciplinario que puede entablarse con la Psicología.

Profundizar en esta temática posibilitaría pensar algunas estrategias y encuadres para el tratamiento de pacientes bruxistas, donde a través de un trabajo interdisciplinario de Odontólogos y otros profesionales referentes, entre ellos, Psicólogos, se les pueda brindar la atención adecuada.

La atención psicológica frente a estos pacientes es de gran importancia, ya que al trabajar sobre los conflictos de vida implicados detrás del bruxismo, podríamos llegar a atenuar o eliminar por completo este hábito, mejorando su calidad de vida desde un punto de vista biológico y psicológico.

Estudiar el sentido psicosomático detrás del síntoma, puede brindar una guía u orientación al momento de trabajar con pacientes en clínica, dando una noción de que aspectos, situaciones o experiencias de vida, pueden encontrarse detrás. Sin perder la comprensión de que cada caso es particular, dado que, frente a una misma manifestación de enfermedad cada sujeto otorgará sus significados particulares.

La Psicosomática Psicoanalítica (P.P.), permite comprender el comportamiento de los sujetos y los procesos psicológicos subyacentes a las manifestaciones de enfermedad, aspecto relevante tanto en el abordaje de este trabajo como para el tratamiento psicológico de pacientes con bruxismo.

La P.P. es trabajada desde varias escuelas psicoanalíticas. Estas son Escuela de Chicago, Francesa y Rioplatense, las cuales presentan diferentes posturas epistemológicas (Russo, 2009b).

Este trabajo se basa en la escuela rioplatense, corriente que propone la comprensión de un sentido de la manifestación somática de la enfermedad. más que causas de la misma, cuidando no caer en una mirada dualista y en la escisión mente - cuerpo. La enfermedad posee un sentido o significación para el sujeto, que se encuentra entramada en la historia biográfica y en el mundo interno relacional o vincular. Se concibe al sujeto como biopsicosocial histórico, ser psicosomático y a todas las enfermedades como psicosomáticas y/o psicosomatosociales (Korovsky, 2008). Se descarta la posibilidad de clasificar solo a algunas enfermedades como psicosomáticas, así como la etiquetación o

clasificación del sujeto dentro de un tipo particular de paciente con una determinada estructura de personalidad (Korovsky, 2010).

Desde la escuela rioplatense se entiende a la enfermedad como un lenguaje críptico, que expresa pero a la vez oculta, con un sentido inconsciente para quien la padece. La misma, se expresa a través de un lenguaje visceral, aunque también lo hace a través de lenguajes más conocidos y fáciles de interpretar como el verbal, gestual y postural (Korovsky, 2008).

## **1 - ¿Qué es la Psicopatología?**

En este primer capítulo, considero esencial abordar conceptos claves que faciliten la comprensión del término 'Psicopatología'.

Etimológicamente, el término, corresponde a la lengua griega, pudiendo dividir la palabra en dos partes: “psyché” la cual se puede interpretar como “alma”, y “soma” interpretado como cuerpo, tratándose de dos vocablos que unidos buscan “consolidar una forma de pensar y explicar al ser humano” (Russo, 2009a, p. 34). Desde Russo A. L., podemos entender la Psicopatología como la disciplina que presenta al ser humano desde un modelo holístico en el intento de unificar mente y cuerpo. Busca el sentido particular de las expresiones y manifestaciones del ser humano integral a través de los procesos de salud y enfermedad. Una misma situación, o enfermedad, responde ante el sentido original, particular y creativo que el sujeto le otorga, por lo que estos procesos son únicos para cada individuo (Russo, 2009b).

Korovsky en su obra “Psicopatología Psicoanalítica” (2010) se refiere a la Psicopatología como la relación entre la estructura orgánica visible y los fenómenos mentales, aunque el uso de dicho término podría caer en ciertas incertidumbres referente a las funciones psíquicas o somáticas, cuando se quiere indicar ambas. Por otro lado, plantea el concepto de Medicina Psicopatológica como el empleo de dos puntos de vista, el psicológico y el biológico, en la búsqueda del entendimiento del ser humano. En vez de referirse a “enfermedad psicopatológica”, prefiere hablar de manifestaciones somáticas de enfermedad a las cuales se le aplica un tratamiento. En este sentido, el psicoanálisis busca comprender los sentidos, tratando a la persona total mediante una técnica psicológica (Korovsky, 2010).

Lemos Hoyos, Restrepo Ochoa y Londoño consideran que “la medicina psicopatológica ...trata de la investigación científica de la relación entre los factores psicológicos y los fenómenos fisiológicos en general y de los mecanismos de la patogenia...” (Lemos Hoyos et al., 2008, p. 138).

Borelle & Russo entienden a la Psicología desde tres perspectivas. Primero, la comprenden como una rama de la medicina enfocada en la influencia de lo psíquico en los procesos de las enfermedades orgánicas. Segundo, la entienden como una rama de la psicología, más específicamente el psicoanálisis, ya que la disciplina ha dado varias explicaciones psicodinámicas en la comprensión del fenómeno. Tercero y último, consideran a la psicología psicoanalítica como una ciencia que supera a los planteos anteriores, abarcando a la medicina y al psicoanálisis, que puede tomar los movimientos de vida y de muerte, a la mente y al cuerpo, en una verdadera integración somatopsíquica (Borelle & Russo, 2017).

## **2 - Desarrollo histórico de la Psicología desde la Antigüedad hasta nuestros días.**

A lo largo de la historia, las nociones de mente y cuerpo, subyacentes al término Psicología, han sido interpretadas de diversas maneras. Numerosos pensadores han proyectado sobre estos elementos una variedad de conceptos y enfoques sobre su interrelación. Con el paso del tiempo, dichas concepciones han evolucionado, lo que ha dado lugar al surgimiento de la disciplina que hoy denominamos "Psicología". Por ello, en este apartado, se explorarán las distintas perspectivas de la cultura occidental sobre los conceptos de mente, cuerpo, salud y enfermedad, desde la Antigüedad hasta la actualidad. Comprender los orígenes históricos de la Psicología es esencial para profundizar en su entendimiento en el presente.

### **2.1 - Entendimiento de la mente y el cuerpo, la salud y la enfermedad en la Edad Antigua (S. XXX a.C. - V d.C.)**

La relación entre la mente y el cuerpo en la cultura occidental ha evolucionado significativamente a lo largo de la historia, influyendo en las concepciones de salud y enfermedad. Estas ideas son producto de procesos sociales y elaboraciones intelectuales que reflejan los valores y creencias de cada sociedad. Los discursos sobre salud y enfermedad no pueden dissociarse de las construcciones mentales (Vergara Quintero, 2007). Desde la filosofía antigua, estas concepciones han sido moldeadas por diversos pensadores, los cuales mostraron un gran interés por comprender al ser humano tanto en sus aspectos físicos como psíquicos. En la Edad Antigua, filósofos como Sócrates e Hipócrates figuran entre los principales pensadores que se mencionan a continuación:

Sócrates (470 a.C. - 399 a.C.) introdujo la idea de un ser humano compuesto por un cuerpo material y un alma inmaterial, asociada a pensamientos y sentimientos, subrayando

la importancia de la reflexión en la búsqueda de la verdad (Russo, 2009a). Platón (428 a.C. - 347 a.C.), por su parte, enfatizó en la separación entre cuerpo y alma, viendo el cuerpo como imperfecto y mortal, y el alma como divina e inmortal. Además, ubicó la razón en la cabeza y promovió la idea de que la salud dependía del equilibrio entre cuerpo y alma, sugiriendo que los trastornos mentales tenían causas morales o corporales (Borelle & Russo, 2017).

Aristóteles (384 a.C. - 322 a.C.), aunque discípulo de Platón, presentó una visión diferente, considerando al cuerpo y el alma como inseparables y describiendo al hombre como una entidad psicosomática. Esta perspectiva marca un intento inicial de entender la mente y el cuerpo como dos aspectos de una misma realidad, aunque separados para su estudio (Russo, 2009a).

Por otro lado, Hipócrates (460 a.C. - 377 a.C.), conocido como el padre de la Medicina, integró la *psyché* como parte del cuerpo, capaz de enfermarlo. Su enfoque se basaba en la patología humoral, que relacionaba los cuatro humores y temperamentos con la salud. Consideraba la enfermedad como un desequilibrio en esta unidad mente-cuerpo, y destacó la importancia de la observación clínica y la relación entre salud y condiciones de vida (Borelle & Russo, 2017; Russo, 2009a).

## **2.2 - Perspectivas: alma - soma / salud - enfermedad en la Edad Media (V - XV d.C)**

El período medieval (siglo V al XV) se caracteriza por la predominancia del poder de la Iglesia y por lo tanto la concepción del hombre y su comportamiento está atravesado por el dogma religioso y la fé (Russo, 2009a). Los postulados de Platón y Aristóteles son retomados, en este contexto, por San Agustín y Santo Tomás (Lemos Hoyos et al., 2008).

Estos pensadores intentan buscar explicaciones racionales ante la fé o la existencia de Dios. Es así que, San Agustín toma las ideas de Platón, e intenta explicar mediante la razón a la fé y Santo Tomás de Aquino, en el siglo XIII, toma las ideas de Aristóteles, planteando que no es posible la existencia de la materia sin forma, pero si forma sin materia. La concepción de salud y enfermedad se centraba en el entendimiento de las enfermedades del cuerpo como “naturales” y las del alma como “sobrenaturales”. Todo aquel que iba contra los dogmas de la iglesia se le consideraba tenía un alma poseída por el demonio y el método del castigo y/o purificación era a través del fuego (Russo, 2009), entre otros.

### **2.3 - Concepciones de la Edad Moderna (XV - XVIII d.C)**

Durante el Renacimiento, surgieron ideas religiosas, culturales y sociales que transformaron las concepciones medievales. Este período fue marcado por un enfoque antropocentrista, colocando al hombre en el centro de la creación y reivindicando el cuerpo en el arte. Se destacó el individualismo, reflejado en las prácticas y pensamientos de la época, y se realizaron importantes descubrimientos anatómicos gracias a las primeras disecciones oficiales en el siglo XV (Arévalo & Cifuentes, 2008).

En la Modernidad, entre los siglos XVI y XVII, ocurrieron cambios significativos que separaron la ciencia de la fe, influenciados por la reforma religiosa y la crisis de la iglesia católica. Surgió la ciencia moderna con el objetivo de modificar la naturaleza para el beneficio humano (Russo, 2009a).

René Descartes (1596-1650) fue un pensador clave en este período, estableciendo el dualismo ontológico y epistemológico, donde mente y cuerpo se consideran elementos distintos e independientes, aunque interactúan a través de la glándula pineal (Lemos Hoyos et al., 2008). Veía al cuerpo como una máquina que podía funcionar sin intervención de la mente, mientras que esta última tenía menor extensión y libertad en comparación con el cuerpo (Russo, 2009a).

El dualismo cartesiano influyó en la división del conocimiento en las ciencias, dificultando la integración de la concepción del hombre como un todo. Algunos pensadores, como los empiristas ingleses Hume, Locke y Berkeley, se opusieron a Descartes, destacando al cuerpo como una entidad sintiente fundamental para el conocimiento (Arévalo & Cifuentes, 2008). Spinoza y Leibniz también ofrecieron alternativas al dualismo, aunque con distintas perspectivas sobre la relación entre mente y cuerpo, vinculándolas a fuerzas divinas (Russo, 2009a).

Simultáneamente, se desarrollaron las ciencias naturales, con un enfoque en la neurofisiología, investigando el sistema nervioso central, bajo el paradigma positivista, lo que llevó a la psicología a centrarse en la biología y las ciencias naturales, con aportes de neurofisiólogos de Robert Whytt (1714 - 1766) y Luigi Galvani (1737 - 1798) (Russo, 2009a).

### **2.4 - Perspectivas de la Época Contemporánea (finales del siglo XVIII hasta la actualidad)**

En la época contemporánea, se produjeron importantes cambios en los ámbitos social, industrial, tecnológico y científico, influenciando profundamente las concepciones de

la mente y el cuerpo. Philippe Pinel (1745-1826), un médico francés especializado en enfermedades mentales, asoció las alteraciones mentales con problemas emocionales y las influencias del entorno, considerando que la mente se correspondía con las facultades cerebrales afectadas por causas físicas y morales (Cid, 2023). A partir de sus ideas, se comenzó a vincular el funcionamiento de la mente con el cerebro, aunque sin una validación científica sólida.

La Psicología comenzó a desarrollarse como una disciplina científica, separando radicalmente la mente del cuerpo. Figuras como Wilhelm Wundt (1832-1920) y William James (1842-1910) establecieron laboratorios dedicados a estudios psicológicos, utilizando métodos como la introspección para explorar la conciencia y los procesos sensoriales (Cid, 2023). Más tarde, John B. Watson (1878-1958), creador del conductismo, promovió una Psicología objetiva y experimental, enfocada en comportamientos observables y eliminando la necesidad de entender la mente como una entidad independiente (Russo, 2009a).

Previo a estos desarrollos, figuras como Mesmer, el Marqués de Puységur y James Braid realizaron importantes contribuciones al campo de la hipnosis, influyendo en la comprensión de la mente y sus trastornos (Russo, 2009a).

A lo largo del siglo XX, la comprensión de la histeria, históricamente asociada a las mujeres, evolucionó. Autores como Pierre Janet y Sigmund Freud comenzaron a ver la histeria como un trastorno psicológico, señalando su relación con conflictos psíquicos inconscientes (Fernández Laveda et al., 2014).

El Psicoanálisis, fundado por Freud, se enfocó en las enfermedades mentales, introduciendo conceptos como la complacencia somática, que vincula lo psíquico con lo somático. Esta nueva perspectiva rompió con los paradigmas biologicistas y mecanicistas, proponiendo que la salud y la enfermedad están influenciadas por factores emocionales, culturales e históricos. El Psicoanálisis considera que lo psíquico y lo somático se modifican mutuamente, creando una gestalt en la que los componentes no pueden ser aislados (Czerlowski, 2008).

Actualmente, la salud se entiende como un recurso para la vida, la capacidad para mantener un estado de equilibrio en el sujeto acorde a las necesidades sociales y la edad. Este enfoque integral reconoce que la salud está determinada por factores biológicos, ambientales, culturales y sociales (Vergara Quintero, 2007).

A lo largo de la historia, la mayoría de las teorías han sostenido una división dualista entre el cuerpo y la mente. Sin embargo, la Psicósomática emerge como una disciplina que

busca reparar esta división, proponiendo una visión integrada del ser humano (Russo, 2009b).

## **2.5 - El surgimiento de la Psicopatología ¿Desde que escuela nos posicionamos?**

La psicopatología, un término que apareció por primera vez, en el siglo XIX, en 1818 gracias a Heinroth (1773 - 1843), ha evolucionado significativamente desde entonces, recorriendo un largo camino para convertirse en un campo importante. Inicialmente utilizada para describir un tipo de insomnio y relacionar aspectos psicológicos con la tuberculosis (Borelle & Russo, 2017; Russo, 2009b).

A.C.G. Carus (1779 - 1868) fue uno de los primeros en explorar la relación entre el cuerpo y la mente, describiendo al cuerpo humano como un campo expresivo donde el inconsciente tiene una dimensión tanto biológica como psicológica. Este enfoque se profundizó con H. Maudsley (1835 - 1918), quien sugirió que las emociones no liberadas podrían manifestarse en los órganos, afectando su funcionamiento. La escuela de reflexología rusa, liderada por I. Pavlov, también contribuyó al entendimiento de cómo las emociones y los reflejos condicionados pueden influir en la salud física. (Borelle & Russo, 2017).

En el siglo XX, mientras las teorías conductistas se enfocaban en el estrés y el condicionamiento como causantes de enfermedades, otros investigadores como Cannon y H. Seyle exploraron los efectos de las emociones en el cuerpo, desarrollando la teoría del estrés y la noción de las enfermedades de adaptación (Borelle & Russo, 2017). Sin embargo, fue Sigmund Freud quien hizo una contribución crucial en el intento de integrar los aspectos físicos y psíquicos en su enfoque psicoanalítico, sentando las bases de la psicopatología psicoanalítica (Russo, 2009b).

Freud introdujo la idea de que los síntomas físicos, al igual que los sueños y los actos fallidos, son manifestaciones del inconsciente y pueden ser analizados e interpretados para descubrir su significado simbólico. Esta perspectiva fue desarrollada por V. Von Weizsäcker y G. Groddeck, quienes afirmaban que todas las enfermedades tienen raíces psíquicas, y que el psicoanálisis y la medicina psicopatológica deben considerarse como partes integrales de una antropología médica. Groddeck, por su parte, introdujo la idea del "lenguaje de los órganos", sugiriendo que las enfermedades orgánicas pueden expresar conflictos psicológicos (Borelle & Russo, 2017).

Durante las décadas de 1950 y 1960, la psicósomática se expandió en varias escuelas (Borelle & Russo, 2017). Algunas con una base epistemológica no psicoanalítica y otras psicoanalíticas en base a las teorías freudianas, como puede visualizarse en la imagen que se muestra a continuación:

ESCUELAS PSICOSOMÁTICAS									
PSICOSOMATISTAS NO PSICOANALÍTICOS		PSICOSOMATISTAS PSICOANALÍTICOS							
MÉTODOS SOMÁTICOS	MÉTODOS PSICO-TERAPÉUTICOS	FREUD							
HOMEOPATÍA ACUPUNTURA FLORALES YOGA TRABAJO CORPORAL	CONDUCTISMO GESTALT REICHIANOS HOLISTAS	<b>FLANDER DUMBAR</b> Busca el perfil psicológico de cada enfermedad: Personalidad Tipo "A" y Tipo "B"	<b>ESCUELA DE CHICAGO</b> F. Alexander A. French: Buscan conflicto específico y factor X orgánico.  Asma Hipertensión Úlcera Gástr. Colitis Ulc. Artritis reu. Tirotoxicosis Dermatitis	<b>ESCUELA DE BOSTON</b>  <b>NEMIAS SIFNEOS</b>  <b>Describen la Alexitimia: (Falta de expresión verbal de los afectos)</b>	<b>ESCUELA FRANCESA DEL I.P.S.O</b>  <b>P. MARTY M. MUZAN CRISTIAN DAVID.</b>  Pensamiento Operatorio Vida Operatoria Depresión esencial	<b>OTROS AUTORES FRANCESES</b>  <b>VALABREGA</b> Patobiografías  <b>M. SAPIR:</b> Relajación Psicoanalítica  <b>J. MACDOUGALL</b> "Un cuerpo para dos"  <b>P: FEDIDA:</b> <b>SAMI ALI</b>	<b>GEORG GRODDECK</b>  Concepto de "Ello como creador de formas"	<b>VICTOR VON WEISZAECKER</b>  Medicina Antropológica  Principio de la "puerta giratoria"  ¿Por qué se enferma esta persona -en este momento de su vida -de esta particular enfermedad?	<b>ESCUELA RIOPLATENSE</b>  <b>ANGEL GARMA:</b> Úlcera gástroduodenal  <b>E. PICHON RIVIERE:</b> Epilepsia Dermatología  <b>A. RASCOVSKY:</b> Psiquismo fetal Obesidad  <b>V. PÉREZ PASTORINI</b> Anamnesis asociativa  CIMP: <b>F. CESIO, L. CHIOZZA</b>

Adaptación personal (Korovsky, 2009)

Dentro de las escuelas Psicósomáticas, autodenominadas psicoanalíticas, abordaré de manera sintetizada: la Escuela de Chicago, Escuela Francesa y Escuela Rioplatense, las cuales presentan distintas posturas epistemológicas (Russo, 2009b).

La Escuela de Chicago, con figuras como F. Alexander, T. French y L. Saúl, se centró en la relación entre disfunciones neurofisiológicas y conflictos psicológicos específicos, desarrollando "perfiles psicósomáticos" para diversas enfermedades. Esta escuela estableció que las afecciones psicósomáticas dependen de tres condiciones: un conflicto psicológico específico, una predisposición somática y una situación de conflicto actual. (Korovsky, 2010; Borelle & Russo, 2017).

Describieron las siete grandes enfermedades psicósomáticas (Korovsky, 2010): asma bronquial, hipertensión esencial, artritis reumatoide, hipertiroidismo, rectocolitis hemorrágica, úlcera gastroduodenal y neurodermatosis, tratando de establecer vínculo entre las disfunciones neurofisiológicas y los conflictos específicos psicológicos de cada enfermedad (Borelle & Russo, 2017).

La Escuela Francesa, liderada por P. Marty y sus colegas, propuso una teoría económica de la enfermedad psicósomática, viendo esta última como resultado de la

descarga directa de energía instintiva en el cuerpo, sin elaboración psíquica, carente de lo representacional y una respuesta afectiva disminuida. Esta teoría introduce el concepto de "pensamiento operatorio", relacionado con la alexitimia, que describe la incapacidad de expresar emociones verbalmente (Korovsky, 2010; Russo, 2009b). El sujeto que presenta enfermedades psicosomáticas presenta una personalidad psicosomática, determinada por un modo de funcionamiento mental, caracterizado por el pensamiento operatorio, la vida operatoria y la depresión esencial (Korovsky, 2010).

En Argentina, encontramos la escuela rioplatense formada por algunos fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina como: A. Garma, Rascovsky, A. Aberastury, E. Pichón Rivière, M. Langer, D. Liberman. Entre algunos desarrollos importantes encontramos que, en 1948, se publica "Psicopatología Psicosomática" de Rascovsky, Rivière, Garma y Langer. En 1968, se forma el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Psicosomática, en Buenos Aires, la cual tendrá funcionamiento durante una década, contando con los aportes de Aizemberg, Chiozza, Korovsky, Granel, entre otros (Russo, 2009b). Se encuentran los aportes de A. Garma trabajando sobre la úlcera duodenal y el dolor de cabeza, P. Riviere estudió la epilepsia y las enfermedades de la piel, C. Cárcamo y M. Langer se interesaron por las enfermedades ginecológicas y la esterilidad y A. Rascovsky se enfocó en la obesidad, el asma y el síndrome adiposogenital, además de sus aportes al conocimiento del psiquismo fetal (Korovsky, 2010).

Dicha escuela, con sus desarrollos, ha tenido grandes influencias en Uruguay, por ejemplo, con Valentín Pérez Pastorino, quien viajaba a Buenos Aires para analizarse con Garma (Russo, 2009b), e introduce el psicoanálisis en Uruguay, con su trabajo sobre la anamnesis exploratoria en psicosomática. También, Gilberto Koolhaas, Héctor Garbarino y Mercedes Freire de Garbarino, aportaron grandes ideas valiosas por su originalidad y profundidad, enriqueciendo a esta línea de estudio (Korovsky, 2010).

De los autores mencionados anteriormente, Luis Chiozza, se destaca por su clara línea de investigación y análisis en Psicosomática, basándose en el Psicoanálisis de Freud, así como los aportes de Groddeck, Weizsaecker, Racker, Rascovsky y Cesio (Russo, 2009b).

El enfoque de esta escuela comprende a la enfermedad orgánica como una forma de lenguaje que oculta un significado particular de cada sujeto, que lo expresa a través de lo orgánico. Chiozza habla de un paralelismo entre lo expresado físicamente, lo que se encuentra oculto inconscientemente, que debe ser descifrado y la historia del sujeto. Weizsaecker plantea que todo lo corporal tiene un sentido psicológico y todo lo psicológico,

una relación con lo corporal. Siguiendo la línea de estas ideas, la enfermedad presenta un sentido particular para cada individuo, frente a lo cual se tiene en cuenta, las fantasías universales, los saberes populares, la cultura, las costumbres arraigadas y las fantasías específicas. Se plantea “la teoría de los afectos”, basándose en Freud con la idea de que todo afecto siempre ha de ser descargado. Los procesos defensivos pueden determinar que dicha descarga haga irreconocible la cualidad de este afecto para la conciencia, experimentándose como un fenómeno “somático” sin significación afectiva. Se trata de determinar el porqué, el para qué y la relación del síntoma con los sucesos de vida que el sujeto experimenta (Russo, 2009b).

En este trabajo, me basaré en las ideas planteadas desde la escuela rioplatense, principalmente en Korovsky y Chiozza, para el posterior desarrollo del Bruxismo desde la mirada de la Psicopatología Psicoanalítica.

Es importante tomar la idea de enfermedad orgánica como un lenguaje que expresa algo inconsciente, pero que sobre todo se ajusta al significado particular de cada sujeto, pudiendo adaptar la teoría a las necesidades del individuo y guiarlo de la mejor manera posible.

Desde la escuela Argentina, hemos de considerar que todas las enfermedades, todos los síntomas orgánicos, son expresiones del inconsciente, tan comunes como aquellas que se manifiestan a través de los sueños y de los actos fallidos, por lo que toda dolencia, enfermedad, afección podemos clasificarla como “psicopatología” (Korovsky, 2008).

La Psicopatología Psicoanalítica Rioplatense (P.P.R) se basa en la teoría freudiana, por lo que es importante abordar algunos conceptos básicos que se desarrollarán a continuación, para poder comprender los desarrollos teóricos de la propia escuela y el análisis posterior del bruxismo desde esta postura epistemológica.

### **3 - Teoría Psicoanalítica Freudiana**

Sigmund Freud desarrolla su teoría de la metapsicología y el psicoanálisis para dar explicación sobre el funcionamiento del aparato psíquico frente a manifestaciones de padecimientos psíquicos como la histeria, las cuales no eran comprendidas ni tratadas adecuadamente por los enfoques médicos tradicionales. Estas condiciones, que no tenían una causa orgánica evidente, llevaron a Freud a investigar los procesos inconscientes y a

desarrollar métodos como la interpretación de los sueños y la asociación libre para explorar los conflictos internos que subyacen a estas manifestaciones (Freud, 1893-95/1992b).

Para esto, se basa en tres perspectivas fundamentales o características del aparato psíquico: la dinámica, la económica y la tópica.

Lo dinámico se basa en las pulsiones que impulsan el aparato psíquico, las cuales generan fenómenos complejos debido a fuerzas psíquicas que se oponen, interactúan y tienden a la descarga de las tensiones. El aspecto económico refiere a la circulación y distribución de energía pulsional cuantificable, susceptible de aumento, disminución y equivalencias, la cual constituye los procesos psíquicos. Y el aspecto tópico hace referencia a un número de sistemas los cuales presentan diferentes características, bajo un orden determinado, considerándolos metafóricamente como lugares del aparato psíquico con una representación espacial figurada (Laplanche & Pontalis, 2004b).

Freud desarrolla dos modelos para explicar el funcionamiento del aparato psíquico: la primera y la segunda tópica, las cuales se explicarán a continuación.

La primera tópica es presentada por Freud a partir del 1900 con la obra "La interpretación de los sueños", buscando dar una explicación profunda de la psicología humana, sus aspectos conflictivos, energéticos y estructurales dando esclarecimiento a fenómenos como los sueños, la formación de síntomas neuróticos y la dinámica de las relaciones interpersonales. Busca explicar cómo ciertos contenidos mentales permanecen fuera de la consciencia debido a mecanismos de represión (Freud, 1900-01/1991a; Freud, 1900/1991b).

Freud encuentra a este modelo importante aunque no suficiente para explicar la complejidad de los conflictos internos y los procesos psicológicos por lo que presenta la segunda tópica con la obra "El yo y el ello" a partir de 1923. Con esta teoría él no busca sustituir la anteriormente mencionada, sino que pretende su complementación y superposición, pudiendo explicar de manera más detallada la gestión de las pulsiones y los conflictos psíquicos (Freud, 1923-25/1992a).

La explicación de estas teorías es relevante, necesaria y básica para la comprensión de cualquier proceso inconsciente que ocurra en el sujeto, por lo que lo se abordarán a continuación para comprender posteriormente al bruxismo como una manifestación psicosomática.

### 3.1 - La primera tópica

Freud plantea la existencia de un aparato psíquico sin ubicación física en el cuerpo, como algo inmaterial, energético y representacional donde se manifiestan los pensamientos y las representaciones placenteras o displacenteras. Nombrado como aparato gracias a su capacidad de transformar sus contenidos, y a su estructura como instancias, espacios o lugares que él denominó con la palabra “tópica”, con diferentes modos de funcionamiento. La primera tópica hace referencia a una estructura mental formada por: Inconsciente (Icc), Preconsciente (PrCc) y Consciente (Cc) (Freud, 1900-01/1991a).

Los sistemas aunque no presentan una ubicación física, si presentan una representación espacial figurada bajo un cierto orden, de tal manera que la energía puede moverse de un sistema al otro tanto en una dirección progresiva como en un sentido regresivo (Manancero Pérez, 2015).

El sistema Consciente (Cc), es figuradamente la parte más externa o superficial del aparato psíquico, percibiendo o captando estímulos procedentes de lo interno tanto como de lo externo. Siendo en este último caso, estímulos procedentes del mundo exterior captados por nuestros órganos sensoriales (Tallaferro, 1985), generando representaciones las cuales son capaces de ser recordadas de manera consciente. Este sistema se rige por leyes del tiempo y espacio (Freud, 1900-01/1991a).

Las características del sistema inconsciente son diferentes de los anteriores mencionados. Las leyes del funcionamiento mental inconsciente se rigen por lo denominado “proceso primario”, lo que caracterizará el funcionamiento del aparato psíquico en general (Manancero Pérez, 2015)

Se entiende el proceso primario como una forma de actuación propia del inconsciente, la más primitiva del psiquismo. Se considera que los procesos psíquicos son principalmente inconscientes y que antes de devenir conscientes deben de pasar por procesos complejos regidos por leyes de este sistema. Como características propias del Icc encontramos la ausencia de cronología, la ausencia del concepto de contradicción, expresión de contenidos a través de un lenguaje simbólico, igualdad de valores para la realidad interna y la externa o supremacía de la primera y predominio del principio de placer (Tallaferro, 1985). Características que se explicarán a continuación.

El Icc carece de cronología por lo que hay ausencia del tiempo y el espacio, no reconoce pasado ni futuro, tan solo presente. Pueden coexistir sucesos antitéticos y aparentemente opuestos como el amor y el odio. Cuando este sistema desea expresar algo,

lo hace de forma arcaica, utilizando símbolos. La realidad interna en las personalidades psicóticas o neuróticas tiene tanto o más valor que la externa, siendo las realidades internas tan serias y reales como las realidades externas. En el lcc predomina el principio del placer, que busca la satisfacción a través del cumplimiento de los deseos bajo la dominación del proceso primario, que no se rigen por las leyes y normas del PrCc o Cc (Tallaferro, 1985).

Los deseos inconscientes pueden ser placenteros para este sistema, pero displacenteros para el Cc y el PrCc.

Durante la vigilia el sistema Pcc se encuentra muy activo, funcionando a través de un proceso de sustracción energética de los contenidos del inconsciente para que no logre pasar la barrera represiva, quedándose en el lcc pero conservando su investidura ya que continúa presente y con cierta movilidad, buscando alguna oportunidad para manifestarse (Freud, 1914-16/1992c)

Durante el sueño, los procesos se dan de forma diferente. Se cumple la necesidad de descanso del sistema Cc y PrCc donde sus funciones quedan debilitadas. El estado del sueño no es un estado patológico aunque se producen representaciones, pensamientos e imágenes sensoriales similares al caso de las alucinaciones. El sujeto que sueña le da crédito y cree vivenciar estas imágenes que percibe durante los procesos oníricos. Los movimientos corporales, la motilidad, está directamente ligada al sistema Cc, por lo que estas manifestaciones no van a estar al servicio del cumplimiento del deseo, presentando la energía un movimiento regresivo a través del aparato psíquico: esta energía vuelve a transformarse en la imagen sensorial de la que una vez partió. Las representaciones del lcc pueden manifestarse de forma desfigurada, gracias al debilitamiento parcial de la censura del sistema PrCc. El sueño se rige por el cumplimiento del deseo, y muestra el valor de los pensamientos de vigilia que se continúan durante el dormir, deseos no satisfechos durante el día, sofocados, con la posibilidad de llevar a término lo inconcluso. La emergencia de los deseos en el sueño depende de que tan reforzados estén por otros deseos para poder manifestarse (Freud, 1900-01/1991a).

Entre ambos sistemas previamente mencionados encontramos figurativamente al sistema PrCc. caracterizado por la censura que controla el pasaje de contenidos inconscientes a la parte consciente, formando parte del proceso de represión. Los contenidos preconcientes pueden hacerse fácilmente conscientes y se rigen bajo las leyes, normas sociales y morales que controlan el comportamiento del individuo. Normas que son incorporadas en el sujeto en los procesos de crianza, en la introyección de las normas y leyes culturales. Tanto el sistema Cc como el PrCc pueden adaptarse a las circunstancias y postergar la satisfacción de deseos, si así lo determinan las circunstancias y el contexto de

la realidad, ya que se rige por el principio de realidad. El Cc buscará satisfacerse pero teniendo en cuenta las prohibiciones del sistema PrCc (Freud, 1900-01/1991a).

El contenido del PrCc está formado, en parte, por elementos que proceden del inconsciente en pasaje hacia el consciente, y viceversa, adaptando la forma de material PrCc. Sus leyes constituyen el proceso secundario lo que comprende: la elaboración de sucesión cronológica en las representaciones, una correlación lógica y relación causa - efecto en las mismas (Tallaferro, 1985).

### **3.2 - La segunda Tópica Freudiana**

Este nuevo modelo que interacciona con el anterior, está compuesto por tres instancias antropomórficas: el ello, el superyó y el yo

El ello se encuentra constituido esencialmente por energía psíquica inconsciente la cual está constituida principalmente por representaciones que obedecen al proceso primario. El ello acoge a las pulsiones y está abierto a lo somático (Manancero Pérez, 2015). Está integrado por la totalidad de los impulsos instintivos y tiene conexión con lo biológico, de donde provienen las energías instintivas y a través de esto adquieren su exteriorización psíquica. Se rige por el principio de placer siendo, metafóricamente, un ser primitivo sin frenos (Tallaferro, 1985). En él se asienta el yo, a modo superficial, desarrollado desde el sistema perceptivo como un núcleo (Freud, 1923-25/1992a).

Las pulsiones son comprendidas como algo diferente al instinto. Según Freud, las pulsiones tienen su fuente en una excitación corporal (estado de tensión). Su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional. Gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin” (Laplanche & Pontalis, 2004a, p. 348). Encontramos, entonces, las pulsiones de vida (Eros) y las pulsiones de muerte (Tanatos), las cuales luchan entre sí, rigiendo principalmente la pulsión de muerte en esta instancia, bajo el principio del placer (Freud, 1923-25/1992a).

La pulsión de vida “tendería a la reunión, integración, fusión, conservación y creación” de la vida. La pulsión de muerte está asociada al “envejecimiento y la muerte. Su finalidad es la destrucción, la desintegración y el aniquilamiento”, asociado a la tendencia de volver a lo inanimado a través de la repetición y tendencia regresiva (Tallaferro, 1985, p. 67).

El superyó es el representante de la ley en la vida anímica. Su origen se debe a la represión del complejo de Edipo y la expresión de las más potentes mociones y los más importantes destinos libidinales del ello. La figura paterna es el principal obstáculo para el

cumplimiento de este deseo. Esta instancia se forma gracias a lo tomado del carácter del padre. Cuanto más intenso ha sido el complejo de Edipo, más rápido tiende a producirse la represión y más riguroso será el superyó como conciencia moral o sentimiento inconsciente de culpa sobre el yo. El superyó funcionará, entonces, como “abogado” del “ello”. Domina de cierta manera al yo, como consecuencia de la dependencia del yo infantil, cuando el niño obedecía a sus progenitores, de la misma forma se somete el “yo” al “superyó” (Freud, 1923-25/1992a).

El superyó se sumerge profundamente en el “ello”, en razón de lo cual está más distanciado de la conciencia que el yo. Al igual que el “yo”, parte del superyó, también es inconsciente, donde encontramos gran parte del sentimiento de culpa. Sus funciones son el ideal del yo y la conciencia moral. Es hipermoral, por lo que puede volverse tan cruel como el propio “ello” puede serlo. Cuanto más se limita la pulsión de muerte, más severo o agresivo puede volverse el superyó hacia el yo. Este sistema sustrae líbido del ello y transforma las investiduras de objeto del ello en conformaciones del yo. El ideal del yo actúa sobre las pulsiones del “ello”, hacia la inhibición. Estas pulsiones sufren las amenazas de los llamados vasallajes del yo: el mundo exterior, la líbido del ello y la propia severidad del superyó, el cual implica la amenaza de castración haciendo que emerja la angustia asociada a la propia conciencia moral (Freud, 1923-25/1992a)

Con respecto al “yo”, anteriormente, Freud lo comprendía como la organización de los procesos anímicos de un sujeto, del cual dependía la conciencia y el acceso a la motilidad. Lo concibe como una entidad compuesta por el sistema de percepción y el sistema preconscious. Tras la práctica analítica, se descubrió que en el yo existe algo que es también inconsciente, que se comporta como lo reprimido. A partir de esto, Freud determina un discernimiento fundamental para el psicoanálisis donde el lcc no coincide con lo reprimido. Se determina que todo lo reprimido es inconsciente pero no todo lo inconsciente es reprimido. Esta parte del yo se comportaría de manera esencialmente pasiva, primero preconscious para luego extenderse en el “ello”, comportándose de manera lcc. El yo, presenta una parte en el “ello”, alterada por la influencia del mundo exterior, mediante la mediación del sistema PrCc y Cc.

El yo, reemplazará, en parte, el principio de placer por el principio de realidad, el cual rige el mundo exterior y el sistema Cc. Este nuevo sistema, representa la razón y la moral, se le asigna el control sobre los accesos a la motilidad y para poder cumplir con esto, toma la fuerza del propio “ello”, tratando de cambiar en acción, la voluntad del “ello” como si fuera la suya propia. Para el Yo, el cuerpo cumple un papel muy importante, ya que de su superficie parten percepciones internas y externas: la proyección y representación psíquica de la superficie del cuerpo (Freud, 1923-25/1992a).

### 3.3 - La libido y sus etapas de evolución

El abordaje de la libido y sus etapas de desarrollo son relevantes en este trabajo para entender la formación de un síntoma en la manifestación psicósomática de una enfermedad.

La energía libidinal que no se canaliza o descarga adecuadamente durante las etapas de desarrollo del sujeto puede quedar fijada, buscando descargarse a través de la motilidad, como aquella que se genera al bruxar. Se puede entender la fijación como:

.. la expresión de una tendencia a permanecer adherido a algo, un excesivo y persistente deseo por parte de un sujeto por un objeto infantil; una situación en la que un sujeto presenta rasgos de una fase evolutiva que normalmente ya debería de haber superado o abandonado de acuerdo con su edad cronológica. (Tallaferro, 1985, p. 156)

Las etapas del desarrollo libidinal son importantes para el sujeto ya que se establecen las primeras relaciones con el mundo externo, incluyendo la relación con las figuras parentales y las primeras experiencias de satisfacción o frustración.

Los síntomas no son solo expresiones de conflictos inconscientes, sino que también tienen un sentido y una función en la economía psíquica del sujeto.

En el caso del bruxismo, si el sujeto en su infancia experimenta conflictos en la fase oral podría desarrollar manifestaciones psicósomáticas asociadas con la boca como resultado de una fijación. Entendiendo al conflicto en esta fase como “una acentuada y prolongada satisfacción o por una frustración temprana y brusca” (Tallaferro, 1985, p. 156).

Por esta razón es importante hacer hincapié en el concepto de libido y sus etapas evolutivas, para comprender a que refieren y poder continuar con el desarrollo teórico de este trabajo.

Se entiende a la libido como la energía psíquica asociada a la transformación de la pulsión sexual en cuanto al objeto, con respecto a su finalidad, y en cuanto a las diferentes zonas erógenas (Laplanche & Pontalis, 2004b). La libido no se limita únicamente al sexo en el sentido físico, sino que a una gran amplitud de impulsos y deseos que buscan gratificación. Se pueden entender dos modos de catexis de libido, entendiendo a la catexis como un concepto económico que hace que “cierta energía psíquica se halle unida a una representación o grupo de representaciones, una parte del cuerpo, un objeto externo, etc” (Laplanche & Pontalis, 2004b, p. 49).

Dentro de los dos tipos de libido encontramos la libido del yo y la libido de objeto, refiriéndose al punto de destino de la energía. La primera también puede llamarse libido narcisista donde se toma como objeto a la propia persona. Se entiende a la segunda, la libido objetal, como energía libidinal puesta sobre un objeto exterior, existiendo un equilibrio entre ambas modalidades, “disminuyendo la libido objetal cuando aumenta la libido del yo, y a la inversa” (Laplanche & Pontalis, 2004b, p. 212). Según Freud, la libido inicia catectizando en el yo gracias al narcisismo primario, para luego ser enviada a través del yo en los objetos exteriores (Laplanche & Pontalis, 2004b).

La forma en como se expresa la libido está sometida a un proceso evolutivo, asociado al desarrollo del sujeto. Los primeros estados evolutivos de la libido se asocian a la época fetal, la cual no se aplica a un objeto externo ya que carecemos de él, estando fijada a sus órganos y al propio yo. Llamamos a esto período de narcisismo primario, el cual coincide cronológicamente con el despertar de la sexualidad infantil parcial y autoerótica, aunque un cierto grado de este narcisismo primario se conserva durante toda la vida. Este período también se caracteriza por la carencia del recubrimiento libidinal de los representantes internos de los objetos, ya que estos no se encuentran.

Nos encontramos con otro período llamado narcisismo secundario donde la libido objetal vuelve a redirigirse al yo, por algún motivo, generalmente causado por frustración por parte del objeto real o desaparición o muerte del mismo (Tallaferro, 1985).

Existen en el cuerpo zonas conocidas como erógenas, las cuales son regiones del cuerpo cuya estimulación condiciona la satisfacción libidinosa. Regiones del cuerpo como son la oral, la anal, la genital, o cualquier otra parte del organismo. Estas zonas emiten hacia la psique una excitación sexual y son concebidas de forma diferente, acentuándose o disminuyendo a lo largo de las etapas del desarrollo del sujeto. Esto da un matiz particular a cada etapa del desarrollo libidinoso.

Durante el desarrollo, la primacía de una zona erógena ceda su lugar a otra, pudiéndose comparar la evolución libidinosa con un canal de tres diques que se encuentran a distintos niveles. El primero, que corresponde a la etapa oral, presentaría una capacidad menor y el último, que corresponde a la etapa fálico - genital, presentaría un desagüe terminal mayor. Con el desarrollo de la corriente libidinosa, estos diques metafóricos se van colmando y es el último el capaz de almacenar y descargar mayor contenido. Los dos diques anteriores correspondientes a la etapa oral y anal, de ninguna manera quedan sin contenido, ya que siempre queda una cantidad de libido en las zonas anteriores, que posibilita algunas satisfacciones de tipo pre-genital en los adultos (Tallaferro, 1985).

A continuación se desarrollarán brevemente cada una de las etapas libidinales:

### **Etapa Oral**

Como primera manifestación de la libido sexual, luego del nacimiento, se da un predominio de la obtención del placer a través de la boca. En principio, a través del chupeteo del pezón materno, se satisfacen necesidades biológicas a través de la alimentación. A su vez, la boca a través de sus movimientos, colabora con la irrigación sanguínea a la cabeza y la cara, ayudando en el desarrollo de los músculos faciales y también del cerebro. También se satisfacen importantes necesidades psicológicas, adquiriendo sus primeras sensaciones en conexión con el mundo exterior.

La actividad de la boca alivia las tensiones psíquicas y establece de modo importante la relación con la madre. Los sentimientos emocionales y sociales y la percepción primitiva del yo, se vinculan a la actividad oral. A lo largo del desarrollo, se derivan tres formas que surgen de la función nutritiva de la boca: el gustar o masticar los alimentos, el sonreír y besar como función emocional y la formación de palabras cuando el niño comienza a hablar como parte del plano intelectual (Tallaferro, 1985).

Esta etapa puede dividirse en dos fases o subetapas: fase de succión y fase sádico - oral o canibalística.

La fase de succión se caracteriza por el chupeteo como fuente de placer. Fase que puede extenderse hasta el sexto mes aunque la culminación estará dada por el surgimiento de los primeros dientes en el niño. En esta subetapa el niño encuentra bastante satisfacción en su propio cuerpo. En la fase sádico - oral o canibalística la forma de placer del chupeteo es sustituida por el masticar y devorar con la aparición de los dientes en el proceso de dentición. Se extiende aproximadamente desde los 6 meses hasta los 2 años. En esta fase el niño desea masticar y tragar todo lo que está a su alcance por lo que la libido es volcada en los objetos externos incluyendo a las personas que rodean al niño (Tallaferro, 1985).

### **Etapa Anal**

La etapa anal comienza en el nacimiento, tomándo mayor importancia de manera gradual y progresiva, alcanzando mayor fuerza con el destete y cuando comienzan a establecerse los hábitos de limpieza. Sus manifestaciones se comprenden aprox. entre los 6 y 12 meses y alcanza su mayor intensidad entre los 18 y 24 meses. En este período el ano, el recto y las zonas adyacentes tienen la supremacía de la organización libidinosa (Tallaferro, 1985).

Las manifestaciones características de esta etapa son: el placer en la defecación, el agrado por excrementos, y al mismo tiempo la tentativa de someter al control de la voluntad la actividad del esfínter.

Se desarrolla en el niño, a esta altura de la vida, un afán por retener los excrementos, con la finalidad entre otras, de experimentar mayor placer en el momento de la eliminación, que se une al que le provoca la distensión de la ampolla rectal. (Tallaferro, 1985, p. 164)

Los excrementos son considerados como la primera producción creada personalmente y que puede ser brindada al mundo exterior.

Dentro de la etapa anal, al igual que en la oral, también encontramos otras dos fases en las que se manifiestan tendencias placenteras contradictorias: la fase anal primaria o expulsiva y la fase anal secundaria o retentiva.

En la fase anal primaria o expulsiva el niño obtiene placer con el pasaje de la materia fecal a través del ano, relacionándose esta expulsión a la destrucción de las heces, obedeciendo a un propósito placentero hostil. Los objetos queridos del mundo exterior son representados, en esta fase, con los excrementos.

En la fase secundaria o retentiva, el placer principal cambia y pasa a estar determinado por la retención de la materia fecal, lo cual produce una distensión de la ampolla rectal, presentando el valor psíquico de retener y controlar los objetos internos.

El niño le otorga un gran valor a su materia fecal, las manipula y las huele, de manera placentera (Tallaferro, 1985).

### **Etapa fálico - genital y el complejo de castración**

El proceso normal del desarrollo libidinoso implicaría la superación de la etapa anal anteriormente mencionada para luego encontrarnos con la etapa fálico - genital, que se instalaría cerca de los 3 años, prolongándose hasta los 5 o 6 años, edad en la que desaparece el período de latencia.

Como etapa transitoria entre la anal y la fálica, se atraviesa una etapa breve llamada etapa uretral la cual se caracteriza por la obtención de placer por el pasaje de orina a través de la uretra. Etapa que presenta características de la etapa anal pero también de la fálico - genital que aparecerá posteriormente.

Cuando las etapas anteriores son superadas, los genitales pasan a tener una mayor importancia y centralización de la descarga libidinal, disminuyendo la excitabilidad de las otras zonas erógenas, conservando alguna capacidad en este sentido

Se da un predominio de estimulación de la zona genital. En el caso del varón se produce un impulso interno reforzado por el frotamiento del pene, particularmente del glande, mientras que las niñas estimulan el clítoris y la vulva, por frotamiento manual o movimientos rítmicos (Tallaferro, 1985).

En principio el niño varón piensa que todos presentan pene, incluso las niñas, mujeres y objetos inanimados. Cuando descubre que las niñas no lo presentan, genera la suposición que ellas en algún momento lo tuvieron pero lo perdieron como castigo a la masturbación. A este miedo angustioso de perderlo de la misma manera se le denomina “complejo de castración” (Tallaferro, 1985).

Por lo tanto, el niño lo vive como una “amenaza paterna en respuesta a sus actividades sexuales”, lo cual produce una gran angustia de castración. En el caso de la niña, “la ausencia del pene es sentida como un prejuicio sufrido, que intenta negar, compensar o reparar”. Este complejo guarda plena relación con el complejo de Edipo y su función prohibitiva y normativa (Laplanche & Pontalis, 2004b, p. 58).

El autor Tallaferro plantea que podría ser posible asociar el complejo de castración no sólo a la angustia por el miedo a la pérdida del pene, a los estímulos y afectos relacionados, sino también, al destete, la pérdida de las materias fecales y el nacimiento como separación de la unidad integral madre - feto, teniendo en cuenta el carácter castratorio de estos sucesos. Frente a la asociación posiblemente forzada de estos aspectos con el complejo de castración, Tallaferro plantea que la defecación es vivida por el niño como una pérdida de su propio cuerpo y que “en el inconsciente basa la existencia de un vestigio de analogía, para que una sucesión de ideas represente y ocupe el lugar de otra”, asociando la pérdida de un objeto por más insignificante que este sea, al significado de una verdadera castración con un carácter puramente representativo (Tallaferro, 1985, p. 177).

#### **4 - La boca y los dientes como zonas erógenas con alta carga libidinal**

Considero importante iniciar por una descripción de la boca, entendiendo a la misma como lo macro, hasta dirigirnos a lo micro, haciendo referencia a las piezas dentales. Con respecto a estas, analizaremos su función, desde una mirada biologicista, pero también psicológica, en la búsqueda de significados inconscientes adjudicados a los mismos. Los dientes expresarán a través de diferentes afecciones, aquello que se encuentra oculto.

Finalmente, buscaremos centrarnos en el bruxismo desde la psicología psicosomática psicoanalítica rioplatense.

Cabe aclarar que este no es un trabajo basado en ningún caso clínico en particular, por lo que hablaremos de características generales en torno a esta dolencia, a base de una recopilación teórica. Sería interesante que este trabajo despertará el interés por evaluar este contenido teórico en la práctica a través de la clínica.

El síntoma se manifiesta en la singularidad de cada sujeto y sus conflictos particulares, por lo tanto las afecciones dentales y el bruxismo no deberían generalizarse ni simplificarse (Antón, 2015), en lo que a la clínica respecta.

#### **4.1 - La carga libidinal de la boca como zona erógena**

La boca, nuestra cavidad bucal, donde se encuentran nuestras piezas dentales, es una zona erógena, altamente cargada libidinalmente. Carga que ya se determina desde la infancia, siendo la zona del cuerpo más importante para el bebé (Korovsky, 2008). La boca pasa a tener una función muy importante en el proceso de crianza, especialmente con la madre (Antón, 2015).

A través de la boca, el recién nacido o el niño pequeño se relaciona con el mundo, lo descubre, se alimenta, y se vincula con su madre. El amamantar no solo cubre una necesidad biológica básica en el bebé, sino que con la succión y el chupeteo genera placer y calma las ansiedades (Korovsky, 2008). Con la madre se produce un entrelazamiento pulsional con una doble demanda: el bebé que solicita lo alimenten y la madre que solicita al bebé se deje alimentar (Antón, 2015).

El proceso de dentición marca un momento importante en el desarrollo, la cual puede ser vivida por el niño de manera dramática, por los síntomas físicos e incómodos que puede provocar, lo cual puede estar acompañado de fantasías diversas. Con el surgimiento de los dientes aparece el deseo de morder, lo que se suele denominar la etapa de sadismo oral. Es en esta etapa donde suele ocurrir el destete, ya que al alimentarse el niño ya no solo succiona sino que también muerde generando dolor, motivando el distanciamiento de la madre. En este sentido, el destete puede ser vivido por el niño como un castigo por los deseos de morder (Korovsky, 2008). Aquí, se da la caída o la pérdida del objeto: la lactancia, y el pecho materno (Antón, 2015).

Varios autores, entre ellos Freud y Melanie Klein, asocian la dentición al surgimiento de fantasías genitales, asociando las ansiedades orales a las genitales. Fantasías genitales que pueden ser simbolizadas a través de los dientes (Korovsky, 2008).

Para Antón, la zona oral es donde se darán ciertas somatizaciones, al ser terreno de conflicto entre las mociones pulsionales y la defensa. Comenta que hay ciertas zonas del cuerpo donde la energía del deseo sexual se adhiere y se expresa a través de un síntoma (Antón, 2015).

A continuación, profundizaremos en el análisis psicológico psicosomático psicoanalítico detrás de los dientes y su simbolización inconsciente.

#### **4.2 - Los dientes: su función biológica**

Como se mencionó anteriormente, los dientes tienen un papel importante en la fase libidinal oral, principalmente en la subfase sádico oral o canibalística donde ocurre la dentición, donde el placer ya no se experimenta tanto a través del chupeteo o la succión, sino se genera a través de la mordida, permitiéndole al niño explorar el mundo de manera más activa y agresiva. De esta manera, la energía libidinal se expresa o descarga de manera más activa donde a través de la boca el niño comienza a tomar mayor control de su entorno.

Desde la psicosomática psicoanalítica rioplatense las afecciones dentarias podrían estar asociadas a la incapacidad de descargar correctamente la energía libidinal vinculada a conflictos en la expresión del afecto agresividad o en la asimilación del alimento emocional por parte de los vínculos y relaciones externas. En la infancia, la relación más relevante es aquella que se entabla con las figuras parentales.

Entre los elementos involucrados en el bruxismo encontramos a las piezas dentales como las estructuras que pueden recibir el daño de la fuerza excesiva realizada o el frotar o rechinar de los dientes.

Por esta razón, considero importante iniciar una descripción de la función biológica de los dientes ya que la misma está asociada a la función psicológica de los mismos. La misma se realizará en este apartado, tomando los aportes de Luis Chiozza

Este autor, en la sección “Significados específicos de enfermedades dentarias” en “Del afecto a la afección, obesidad, sida, hiper e hipotiroidismo, enfermedades

periodontales, caries dental” (1997) nos brinda información sobre la función de los dientes, la cual es desarrollada en esta sección.

Los dientes cumplen una función muy importante en los procesos de digestión, más específicamente en la digestión mecánica a través de la masticación, la cual consiste en la destrucción de los pedazos de alimento mediante los dientes, para facilitar la deglución y los procesos químicos. Gracias a la ayuda de las piezas dentales los alimentos triturados se mezclan con la saliva. Otras estructuras, como los maxilares y la articulación temporomandibular, permiten movimientos amplios que favorecen la trituración y división de los alimentos de forma perfecta.

El ser humano se caracteriza por ser omnívoro, y su dentadura está compuesta por tres tipos de piezas dentales: los incisivos, los caninos, y los molares. Los primeros se especializan en cortar, los segundos, en desgarrar y aprehender y los terceros, en desmenuzar.

Además de esta función, en muchas especies, como cánidos, felinos, especies de primates e incluso en el hombre primitivo, los dientes funcionan como armas defensivas o ataque, frente a las cuales se destacan los colmillos. Cuando esta función se pierde, tienden a desaparecer (Chiozza, 2008).

En el ser humano, así como en otras especies de mamíferos, ocurre un recambio dentario acompañando el proceso de desarrollo, principalmente el crecimiento de la cara y los maxilares. El niño tiene un menor número de dientes y más pequeños, llamado la dentición primaria, con un total de 20 piezas dentales. La primera dentición, denominada comúnmente “de leche” inicia entre los 6 y 8 meses de vida posnatal, con el surgimiento de los incisivos centrales inferiores. Aproximadamente a los 6 años de vida, comienza la dentición definitiva, cuando los 20 dientes temporales son sustituidos, y surgen 12 piezas más, completando 32. Luego de los 15 años de edad culminan las denticiones cuando surgen los últimos 4 molares definitivos, las llamadas “muelas del juicio” (Chiozza, 2008).

#### **4.3 - Las fantasías y sentido psicosomático de los dientes**

Los dientes cumplen una función mecánica en la incorporación y degradación de los alimentos, colaborando en la digestión mecánica. Siendo este tipo de digestión derivada evolutivamente de la digestión química, asociándose al funcionamiento del hígado, vinculando a este órgano, la envidia como afecto y fantasía inconsciente. La bilis y sus procesos colaboran en la degradación y destrucción de los alimentos y por lo tanto, en los procesos digestivos

De esta misma manera se puede decir que sobre los dientes se vuelcan fantasías inconscientes asociadas a la acción eficaz del yo, el afecto incorporativo - destructivo y el estancamiento de la libido dentaria (Chiozza, 2008).

El morder y masticar son acciones eficaces del yo, entendidas como actividades psicocorporeas, ya que implican una interacción entre el cuerpo y la psique. Estas acciones vinculan a la agresión y el amor, ideas contradictorias. Amor asociado al cuidado y la nutrición, mientras que la agresión está manifestada en la destrucción de los alimentos. Estas acciones se encuentran controladas por el sistema nervioso central implicando consciencia y voluntad, vinculadas a la percepción y la motilidad. Estas acciones permiten cierta descarga energética donde se manifiesta la pulsión de muerte, beneficiando al yo.

Cuando las acciones de morder y masticar no son lo suficientemente eficaces surge la voracidad como un afecto incorporativo - destructivo, como un fuerte deseo de incorporar el alimento (objeto externo) de manera rápida y en grandes cantidades, lo que puede implicar malestares psicológicos.

Cuando esta voracidad no puede ser satisfecha la energía libidinal no encuentra una vía de descarga, estancándose, permitiendo que ciertos mecanismos de defensa hagan emerger ciertas patologías psíquicas o físicas (somáticas) (Chiozza, 2008).

Se entiende a la voracidad como un deseo de incorporación y destrucción, que si se encuentra en equilibrio con el yo, se integra a través de una alimentación normal. La palabra puede asociarse a “devorar” usada normalmente para describir y comer rápido y ansioso, donde no se mastica de manera adecuada, utilizando principalmente los incisivos y caninos para morder y desgarrar, en lugar de los molares para masticar. Proviene del latín “devoro - devorare”, “voro - vorare” que ambos significan tragar, comer con ansias. Refiriendo el morfema “voro” a un alimentarse normal. La voracidad se asociaría principalmente a los incisivos y caninos. Sobre los primeros, se vuelca principalmente el deseo de devorar durante la fase oral canibalística (Chiozza, 2008).

Además de la voracidad encontramos otras cualidades yoicas derivadas de la libido dentaria asociada principalmente a los dientes incisivos y caninos, como: la capacidad incisiva, a través de la cual el sujeto es capaz de “recortar en partes, los estímulos, los proyectos y los ideales, cómo única manera de comenzar a asimilarlos o materializarlos”, así como estos dientes son capaces de cortar o trocear los alimentos (Chiozza, 2009, pp. 66-68). De esta manera el sujeto es capaz de tomar decisiones y enfrentar las situaciones, colocando límites, tal como se realiza la aparición de los primeros dientes y el proceso de destete que implica una separación de la madre.

También, encontramos la cualidad de “hincar el diente” en los objetivos o situaciones, lo que implica acometer las dificultades de un asunto, aunque también implica la capacidad de ser hiriente, punzante y/o sarcástico. La capacidad de “triturar” está asociada a la acción de hacer los alimentos más pequeños. Su sentido psicológico se asocia a la capacidad de desmenuzar o hacer más simples o pequeños los objetivos, de tal manera de ir cumpliendo metas a corto plazo para llegar a un objetivo más grande al final (Chiozza, 2008).

Los dientes son utilizados como herramienta de defensa y ataque como un recurso natural en los niños, en culturas primitivas y casos extremos en adultos. A través del lenguaje y diferentes frases en el habla humana se expresa la utilización de los dientes con este propósito, como: “defenderse con uñas y dientes”, “mostrar los dientes”, “hacerlo papilla”, entre otras expresiones que pretenden destruir el objeto (Chiozza, 2008, p. 68).

Cuando el yo del sujeto no puede ejercer adecuadamente la acción de morder como fantasía inconsciente de defensa y ataque, el afecto rabia puede verse intensificado del mismo modo que puede suceder con la voracidad como se explicaba anteriormente. Se puede describir la rabia como un tipo de impotencia dentaria surgida del fracaso de morder (Chiozza, 2008).

Analizando la palabra “morder” podemos identificar este accionar en los animales carnívoros al cazar sus presas. Esta acción puede ser traspolada metafóricamente al hecho de que el sujeto humano pueda conseguir sus cometidos, pueda lograr y cumplir sus metas y objetivos. Tomando a estas como si fueran las presas de los animales en la naturaleza.

## **5 - Bruxismo: características clínicas y sentido psicosomático**

### **5.1 - Bruxismo: definición y características clínicas**

Como lo menciona Lobbezoo F. y colaboradores, se considera al bruxismo, tras un consenso internacional de expertos, como la “actividad muscular masticatoria repetitiva, que se caracteriza por apretar o rechinar los dientes, y/o por apuntalar o empujar la mandíbula” (Stefanell et al., 2022, pp 2 - 3). En adición, Salinas Soto (2019) menciona al bruxismo como una actividad parafuncional basada en la fuerza que realizan las piezas dentarias, donde acciona la mandíbula sobre el maxilar, realizando una fuerza hacia adelante (protrusión) o hacia un lado (lateralidad), accionando fundamentalmente los músculos masticadores masetero y temporal (Salinas Soto, 2019).

El bruxismo puede ser clasificado de varias maneras, entre ellas, según el componente circadiano, sueño - vigilia, donde encontramos el bruxismo de vigilia, definido como una actividad muscular masticatoria durante la vigilia, donde ocurre un contacto repetitivo o sostenido de las piezas dentales, y/o un refuerzo o empuje de la mandíbula. Mientras que el bruxismo de sueño, también se define como esta actividad muscular pero durante el dormir, siendo fásica (rítmica) o tónica (no rítmica) (Stefanell et al., 2022). Ambos tipos de bruxismo poseen diferentes grados de intensidad, duración en el tiempo y cuyo accionar se puede dar de manera inconsciente (Salinas Soto, 2019).

El bruxismo como actividad parafuncional refiere a que dichos movimientos se realizan sin propósito funcional como la deglución, fonación, masticación, entre otros (Salinas Soto, 2019).

Como resultado, el bruxismo, puede causar grandes consecuencias en la calidad de vida y en la salud del sujeto, principalmente en la salud oral, pudiendo causar desgastes en dientes anteriores y posteriores, pérdida de restauraciones y/o dientes, y dolores musculares y/o articulares (Stefanell et al., 2022; Hernández-Reyes et al., 2019 ). También, sonidos audibles referidos al propio bruxismo, movilidad dentaria en las primeras horas de la mañana, hipertrofia muscular masetero y temporal, exostosis, limitación en la apertura de la boca y alteraciones en la fisionomía de la cara (Hernández-Reyes et al., 2019).

El bruxismo se manifiesta o repercute en el Sistema Estomatognático (SE), con las repercusiones previamente mencionadas (Hernández-Reyes et al., 2019). El SE refiere a un conjunto de órganos y tejidos con relación anatomofuncional en la cavidad oral, aunque muchas de estas estructuras se encuentran a distancia entre sí, los cuales intervienen básicamente en la masticación, deglución, y fonoarticulación de la palabra (Mizraji et al., 2012). El SE presenta cuatro componentes fisiológicos básicos, entendiendo a estos como estructuras pobladas de receptores nerviosos o bien cumplen una función como estructura efectora, siendo estos: sistema neuromuscular, articulación temporomandibular, oclusión dentaria y periodonto. De estos componentes, me centraré en la oclusión dental, entendiendo a la misma como la relación de oposición y contacto de los arcos dentarios, los cuales logran generar y regular la actividad mandibular, gracias a los mecanismos neuromusculares (Mizraji et al., 2012).

En el 2011 se publicó un trabajo “Prevalencia de trastornos témporo mandibulares y bruxismo en Uruguay”, donde se realizó un estudio previo en la población uruguaya, gracias a un incremento de consultas por TTM (Trastorno temporomandibular) y Bruxismo en la Facultad de Odontología de la UdelaR en Montevideo. Debido a la carencia de datos epidemiológicos que demuestren la prevalencia de estas manifestaciones, se entendió

necesario, a nivel académico y de enseñanza, la realización de un relevamiento epidemiológico, conociendo, de esta manera, el perfil de Uruguay. Se tomó una muestra de 2800 personas en total, dividiéndolo en dos poblaciones: 957 sujetos de sexo masculino y 1843 femeninos, con gran variedad en las franjas etareas. Los datos recolectados se pudieron expandir al resto de la población uruguaya, gracias a una re-ponderación de la muestra. De manera resumida, el estudio demostró una alta prevalencia de TTM y bruxismo en Uruguay en las dos poblaciones estudiadas, ya que los resultados obtenidos superaron el 50%, así como se marca una prevalencia de ambas afecciones en Montevideo y en el sexo femenino. Teniendo en cuenta el grado de afectación en la población, se debería de considerar una temática relevante a ser abordada en el ámbito de salud pública, ya que genera consecuencias severas en quienes lo padecen (Riva et al., 2011).

Considerando esta información relativa al bruxismo y la prevalencia del mismo en nuestro país, considero importante su análisis desde una perspectiva psicológica. El bruxismo no tiene por que ser una manifestación estudiada únicamente por odontólogos, siendo ideal para el paciente bruxista, un tratamiento interdisciplinario.

## **5.2 - El sentido psicológico del bruxismo desde la Psicología Psicoanalítica Rioplatense.**

Korovsky E. (2008) menciona en el libro “Desde el Corazón del Psicoanálisis” que el bruxismo es asociado desde los odontólogos con una situación de estrés. El problema con la palabra “estrés” es que la misma se refiere a una manifestación no especificada de situaciones de tensión y es precisamente esta inespecificidad la que funciona como un obturador de los sentimientos que están en juego. La frase “estoy estresado” puede ser utilizada para evitar el compromiso afectivo, la expresión de las emociones y es precisamente esto lo que enferma (Korovsky, 2008).

La oralidad, cuya expresión implica a los órganos bucales, inclusive los de la respiración, posee un sentido estructurante para los seres humanos, pasando por la nutrición fisiológica hasta la verbalización con la utilización del lenguaje. La oralidad pasa a ser una zona de encuentro entre el sujeto, el otro y el medio (Antón, 2015).

Teniendo en cuenta la importancia del lenguaje en la oralidad, Korovsky (2008), busca dar sentido psicológico al bruxismo a través del sentido que le damos a las palabras. A este respecto, analiza aquellas palabras vinculadas a las funciones ejercidas por los dientes: masticar, rumiar, roer, remorder y desgarrar.

La palabra “rumiar”, como acción, está asociada a volver los contenidos del estómago a la boca y a volver a masticarlos. Cotidianamente el término es utilizado para referirse a pensar con madurez una cosa, refunfuñar o gruñir en señal de disgusto, hablar entre dientes. En Psicopatología, el término “rumiación” refiere a sustituir un pensamiento maduro de acuerdo al principio de realidad por un pensamiento al servicio del cumplimiento del deseo. “Masticar” se asocia a meditar, reflexionar, examinar internamente. “Roer” se puede entender como gastar poco a poco, molestar o afligir una cosa. “Remorder” se asocia con el comportamiento de los animales de caza que atrapan a su presa, magullando y lacerando su carne, en la acción de volver a morder. En este sentido se puede asociar a recuperar lo perdido y aproximarse a la consumación. Aquí, Korovsky (2008) encuentra similitud con los daños provocados a las presas en la acción de remorder y los daños provocados por el propio bruxismo. Al mismo tiempo esta acción puede asociarse a la palabra “remordimiento” asociado al pesar interno que produce una acción. Finalmente, la palabra “desgarrar” se puede vincular con algo que conmueve dolorosamente el ánimo.

La mayoría de estas palabras están asociadas a los afectos de carácter penosos, dolorosos y a la aflicción. En el bruxismo la acción de morder y remorder, asociado al rechinar de dientes, se vuelve contra el propio sujeto, tratándose simbólicamente de “roerse” “remorderse”, “masticarse”. Similar pero no igual a lo que ocurre con las enfermedades autoinmunes, donde una parte del cuerpo toma como objeto destructivo a otra que no reconoce como propia (Korovsky, 2008).

Siguiendo los aportes de Chiozza (2008):

Bruxismo proviene de la palabra griega bruxe, que significa “crujido de dientes”. De la misma familia son el verbo bruco (“morder”, “devorar” y “crujir los dientes”) y el sustantivo brugmos (“mordedura”, “crujido de dientes”). A su vez, la variante de bruxe, bruxema, significa “grito de dolor”, “de cólera”, y su forma verbal bruxaomai, “mugir”, “rugir”, “bramar”, “gritar”. (Chiozza, 2008, p. 70)

Pudiendo significar este trastorno una expresión física de un fracaso en el “morder” como fantasía inconsciente de ataque y defensa. La descarga de una rabia impotente que no puede, por diferentes motivos ser expresada en la vida de vigilia, y que aparece a través del rechinar o crujir de dientes durante el sueño gracias al debilitamiento de la censura del sistema PrCc (Chiozza, 2008).

El “morder” se asocia al callar, en el acto de morderse para no hablar o incluso la expresión “hablar entre dientes” se asocia a un hablar incompleto, a algo que se dijo a

medias. Vinculamos esto a callar o reprimir las expresiones de afecto, las emociones y los sentimientos (Korovsky, 2008).

Si a su vez, el bruxismo se asocia a alguna enfermedad periodontal crónica, donde los dientes queden más desnudos por retraimiento de encías, puede asociarse al hecho de “mostrar los dientes”, asociada a una conducta animal de ataque y defensa. Por esta razón, se puede asociar esto con un sentido de hostilidad hacia algo o alguien deseado que no puede ser agarrado o aprehendido (Korovsky, 2008). Aquí, el bruxismo podría ser expresión motora o de defensa del odio, condensando fantasías que son de otro orden a las orales, pudiendo conectar con fantasías sádico - anales (Antón, 2015).

Por otro lado, vinculado a la etapa de la primera infancia, del sadismo oral, el bruxismo puede manifestar una satisfacción sadomasoquista, donde los músculos del rostro estarían encargados de la descarga energética sádica, mientras que los dientes y su sostén sufren esta acción. El acto muscular puede manifestar un pensamiento cargado de afecto (Korovsky, 2008).

El objeto oral cobra preeminencia, remitiendo a formas de relación antiguas con el otro y podría asociarse con el complejo de castración que se simboliza, de manera fallida y dolorosa como corte en lo real del cuerpo. Se regresiona a una sexualidad sádica masoquista, donde se encuentra una cierta satisfacción en el goce autoerótico. Al asociarse al masoquismo originario, se vincula con la pulsión de muerte. A este respecto, el bruxismo podría conectar con fantasías de origen fetal, un regreso a la vida con cero tensiones como respuesta a las frustraciones de la vida, fantasía de retorno al cuerpo materno, al regreso del estado inicial intrauterino (Antón, 2015).

El rechinar de los dientes, en la fricción que se produce puede llevar al desgaste de las piezas dentales. Este desgaste puede verse como una satisfacción de deseos inconscientes: el de incorporar el objeto de amor actual, tal como cuando el objeto de amor era el pecho de mamá previo al destete. Los dientes forman parte de un obstáculo para el cumplimiento de ese deseo. Al mismo tiempo, en la destrucción queda representado el duelo de esa primitiva relación con la madre, en el diente que pierde relación con el tejido nutricional (Korovsky, 2008).

Son varias las fantasías que pueden expresarse en el bruxismo asociadas al regreso del primer amor. Entendiéndose este objeto de amor como la figura materna, la cual presenta gran relevancia en las etapas del desarrollo libidinal.

Cuando estamos realizando acciones que requieren fuerza o esfuerzo, apretamos los dientes, por lo que el rechinar de los dientes podría estar vinculado al disgusto y al

esfuerzo ante una tarea que se siente como penosa e impuesta (Korovsky, 2008). El bruxismo puede ser una respuesta ante situaciones que generan molestia y tensión, ante situaciones de separación o pérdida (efecto de castración), donde el bruxar transformaría simbólicamente la satisfacción originaria prohibida en una satisfacción autoerótica y/o masoquista por la vía de la regresión, como conflicto entre la moción pulsional y la defensa. La defensa actúa porque la satisfacción de la pulsión es prohibida, inadmisibles, intolerante para el yo, por ejemplo, no se pega por una prohibición cultural pero se chocan los dientes entre sí para expresar la tensión contenida (Antón, 2015).

En el accionar de bruxar se puede detectar cierta ambivalencia, término planteado por Bleuler para determinar que una cosa puede ser sentida como positiva y negativa a la vez, como en las fantasías que se dan en la segunda fase libidinal oral, donde puede existir el deseo de devorar al objeto amado y el deseo de ser comido o devorado por el mismo (Tallaferro, 1985). Devoración que se manifiesta en el acto inconsciente del bruxar nocturno, y el deseo de ser devorado, manifestado en las consecuencias del bruxar constante que daña los tejidos de la zona.

Podemos llegar a vincular el deseo de devorar al otro, al objeto externo, con la antropofagia, entendida como el deseo de aniquilar y extinguir al enemigo, pero a su vez establecer una conexión más íntima con el objeto, al introyectarlo y asimilar las fuerzas y cualidades del mismo. El anhelo de establecer una conexión más íntima con el objeto y tenerlo enteramente para sí mismo (Tallaferro, 1985). Lo cual puede ser interpretado en la vida real del sujeto como la fantasía manifestada a través del bruxar de acercar a otro ser del cual se ha alejado.

El bruxismo podría verse como la expresión de la adherencia a una etapa libidinal que ya debería de haber superado o abandonado, si estamos hablando de un sujeto adulto. Esta fijación puede darse por “una acentuada y prolongada satisfacción o por una frustración temprana y brusca”. Si el sujeto sufre un suceso que lo aflige o le produce alguna satisfacción libidinal asociado a la fase oral, el sujeto “puede volver a una fase del desarrollo ya superada específico de su evolución libidinosa”, de la cual conserva memorias inconscientes. “Retorna a las viejas satisfacciones y a los objetos de amor de esa etapa”, realizando un movimiento energético libidinoso opuesto a la evolución normal ya lograda, llamada regresión. Ejemplos de manifestaciones de este movimiento son “la verborragia, incoherencia y precipitación al hablar, tendencia al mutismo y trastornos somáticos de boca, garganta y estómago” (Tallaferro, 1985, p. 156), como el bruxismo.

A través del bruxismo puede expresarse lo reprimido detrás de situaciones, pensamientos y fantasías que provocan el accionar con los dientes. El bruxismo se da en la boca, la cual se puede considerar una zona compleja, que entraña huellas inconscientes pasadas, las cuales no se han transmitido a través de la palabra. Puede contemplarse como una zona de batalla de transacciones psíquicas, gracias a las cuales puede manifestarse el bruxismo como acción de defensa y lo pulsional. Se actúa a través del síntoma lo que el sujeto debería resolver o plantear de otro modo al respecto de situaciones, pensamientos o fantasías de su vida (Antón, 2015).

### **Reflexiones finales**

Es importante entender los orígenes y los cimientos históricos en los cuales se sostienen los términos y conceptos que trabajamos. Estos son resultado de procesos complejos, sociales, elaboraciones intelectuales e intercambios colectivos, así como valores y relaciones de sentido de las sociedades (Vergara Quintero, 2007).

Las bases históricas de la Psicología recaen en las transformaciones notorias que han sufrido, a lo largo de la historia, conceptos como la mente y el cuerpo, la salud y la enfermedad. Desde la edad antigua hasta la edad moderna, las principales concepciones giraban en torno a perspectivas dualistas, escindiendo estos elementos. En la época contemporánea se produjeron cambios significativos en diversas áreas, donde aportes de figuras como S. Freud, marcaron una nueva visión de la relación de la mente y el cuerpo en el intento de integrar, considerando factores emocionales, sociales y culturales en la concepción de salud y enfermedad.

En este contexto, entre los siglos XIX y XX, surge la Psicología como una disciplina que busca reparar la división histórica entre soma y psique, ofreciendo una perspectiva integral del ser humano. Entre los años 50 y 60, la Psicología se expande en escuelas no psicoanalíticas y psicoanalíticas. Entre las segundas, encontramos la escuela Rioplatense, desde dónde este trabajo se enfoca (Russo, 2009b).

Al abordar una manifestación psicopatológica de enfermedad desde la Psicología Psicoanalítica Rioplatense (P.P.R), es crucial mantener una mirada integral de mente y cuerpo, incluyendo tanto los aspectos técnicos biologicistas como los psicológicos. En este sentido, esta línea de estudio ofrece un marco adecuado para este análisis, al considerar la articulación e influencia de factores inconscientes en las manifestaciones físicas del bruxismo. Este enfoque facilita abre camino a intervenciones terapéuticas efectivas,

abordando las raíces psíquicas y somáticas de la afección a través de un trabajo interdisciplinario.

Continuando con los lineamientos anteriores, es importante comprender el bruxismo desde una mirada integral, desde lo biológico y lo psicológico. Por lo que, desde una mirada biologicista, el bruxismo es entendido, como un hábito parafuncional y actividad de los músculos masticadores de forma repetitiva, que se caracteriza por el apretar o rechinar de los dientes, con una gran fuerza, donde acciona la mandíbula sobre el maxilar, apuntalando o empujando. Esta actividad puede ser clasificada como de vigilia o de sueño (Stefanell et al., 2022; Salinas Soto, 2019).

Al comprender su definición y sus síntomas, se puede establecer una conexión más clara entre los aspectos físicos y emocionales que influyen en su aparición, lo que facilita un análisis más profundo.

Por consiguiente, desde la mirada de la P.P.R. el bruxismo se asocia a una autoagresión simbólica, vinculada a fantasías inconscientes sadomasoquistas de ataque y defensa (Chiozza, 2008), ante lo pulsional y lo reprimido (Antón, 2015) y de pulsión de muerte, regresando a un estado fetal y a la relación primitiva con la madre (Korovsky, 2008). En este sentido, el rechinar de dientes puede ocultar una satisfacción autoerótica y el desgaste dental expresar el duelo por la pérdida de la relación primitiva con la madre (Antón, 2015), implicando una regresión a etapas libidinales anteriores (Korovsky, 2008). Siguiendo estas ideas, sería importante hipotetizar la existencia de conflictos con la figura materna, presentes en la vida del sujeto adulto que bruxa.

El bruxismo es visto como una regresión a la etapa libidinal oral y una respuesta a las frustraciones actuales en la vida del sujeto (Antón, 2015; Chiozza, 2008). A través del bruxismo de sueño, se manifiesta la rabia reprimida no expresada durante la vigilia, y la represión de otros afectos y emociones (Chiozza, 2008).

A través del bruxismo se puede manifestar un deseo inconsciente de devorar el objeto amado y ser devorado por él, interpretado como el deseo de aniquilación, pero, a su vez, establecer una conexión íntima con el mismo (Tallaferro, 1985).

En el bruxismo, así como en otras afecciones bucales, la oralidad del sujeto cumple una función importante, asociado a la nutrición y al lenguaje, donde ocurren importantes interacciones (Korovsky, 2008) entre el individuo y el entorno, siendo la boca una zona de encuentro y de batallas de transacciones psíquicas (Antón, 2015). Por esta razón, los autores aquí citados analizan las palabras relacionadas con la función de los dientes (morder, devorar, roer, etc) y los sentidos con los que estas suelen ser utilizadas en la sociedad y en la vida cotidiana, teniendo en cuenta el parecer subjetivo del individuo.

Para proteger las piezas dentales del daño causado durante el bruxismo, las clínicas odontológicas suelen recomendar el uso de una placa oclusal. Desde una perspectiva biologicista, este dispositivo es crucial para salvaguardar los dientes y prevenir daños en las encías. Sin embargo, desde un enfoque psicológico, el bruxismo puede ser visto como una manifestación de deseos inconscientes, un medio a través del cual el individuo expresa necesidades que no puede verbalizar de otra manera. Si bien la placa oclusal puede ofrecer una solución médica, surge la pregunta: ¿realmente ayuda desde una perspectiva psicológica? En este sentido, la placa podría inhibir la realización de esos deseos inconscientes y favorecer la represión de los afectos.

En este contexto, la placa oclusal puede presentar una paradoja: aunque ofrece una solución médica al daño físico, también podría contribuir a la represión de la energía libidinal. Esta energía, que busca una salida a través de la motilidad dental, puede verse obstaculizada por el uso del dispositivo. La incapacidad para realizar movimientos dentales puede impedir que el sujeto descargue adecuadamente esa energía, favoreciendo así la acumulación de tensiones emocionales no resueltas.

No obstante, de ningún modo se pretende desaconsejar el uso de la placa oclusal, ya que su función es fundamental para prevenir el daño físico en la región bucal. No obstante, su utilización debería complementarse con un abordaje terapéutico psicológico, que podría reducir significativamente o incluso eliminar el bruxismo. Es importante recordar que la placa no constituye una cura, sino una medida de protección que previene el daño a las piezas dentales y estructuras circundantes.

Esto nos invita a reflexionar profundamente sobre la necesidad de abordar el bruxismo desde una clínica que integre las necesidades físicas y psicológicas del paciente, ya que salud mental y física están interconectadas.

Son grandes los desafíos que encontramos por delante en el trabajo interdisciplinario y la unión de fuerzas en pos del beneficio de los pacientes, ya que aún nos encontramos con perspectivas dualistas que escinden la mente y el cuerpo en las ciencias de la salud. Maneras de avanzar hacia un trabajo de integración podrían implicar continuar con el desarrollo de espacios dentro de las carreras de la UdelaR que permitan la interdisciplina, el desarrollo de los contenidos teóricos y la práctica, la cual es fundamental. Brindar tiempo y dinero en prácticas de grado que permitan la articulación entre facultades como Psicología, Ciencias Sociales, Medicina, Odontología, Nutrición, etc, en la búsqueda de integrar aquello que desde el ámbito académico se plantea como separado o dividido.

Además de las dificultades económicas por falta de presupuesto, nos enfrentamos a una lucha constante de fuerzas y competencias por ocupar lugares de prevalencia, que deberían ocupar todas las ciencias por igual.

Es relevante continuar desarrollando más trabajos, siguiendo esta misma línea de estudio, pudiendo articular aspectos teóricos con la práctica, a través de resultados obtenidos de casos clínicos.

Continuar investigando desde la Psicósomática Psicoanalítica Rioplatense sería de vital importancia, dada la carencia de referencias bibliográficas que se encuentran en el desarrollo del bruxismo. El trabajo interdisciplinario brindaría a esta temática mayor riqueza en el desarrollo del contenido, a partir de la articulación de diferentes disciplinas, teniendo disponible un amplio campo de estudio.

A nivel personal, la realización de este trabajo ha sido invaluable para el fortalecimiento de mis saberes en mi formación en la carrera de Psicología. Este proceso ha permitido consolidar y expandir mis conocimientos previos, integrando teorías conocidas, como el psicoanálisis y enriqueciendo así mi perspectiva académica. Además, el desarrollo de habilidades analíticas fue esencial en la articulación de diversos conceptos teóricos, lo que me brindó una comprensión más profunda del tema.

Este trabajo también me ofreció la oportunidad de explorar el cruce entre distintas disciplinas, como la Psicología y la Odontología. En este sentido, destaco la relevancia de la práctica de graduación titulada "Clínica Odontológica: Bruxismo y TTM", realizada en la Facultad de Odontología. Esta experiencia me permitió visualizar claramente la necesidad e importancia de la interdisciplinariedad en el tratamiento de diferentes patologías, en este caso, del bruxismo, haciendo hincapié en el tratamiento psicológico.

Como resultado, este trabajo final se construye como un elemento fundamental en mi preparación para la futura práctica profesional, destacando, también, la realización de prácticas y proyectos que he llevado a cabo y la continuidad de mis estudios de posgrado. Los conocimientos adquiridos me serán de gran ayuda en el abordaje de la salud mental desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta tanto los aspectos físicos como los psicológicos en el tratamiento de los pacientes.

De cara al futuro, tengo el firme propósito de continuar mi formación en Psicósomática Psicoanalítica mediante la realización de una especialización. Me gustaría, si surge la oportunidad, continuar con estudios de posgrado en la Universidad de la República (UdelaR) o en alguna institución privada. Mi objetivo es profundizar en la teoría y aplicarla en la práctica clínica, lo cual considero fundamental para el rol del psicólogo.

En conclusión, el estudio del bruxismo desde la Psicología Psicoanalítica Rioplatense abre nuevas perspectivas para comprender la compleja interacción entre los factores psíquicos y somáticos en la salud bucal. La integración de enfoques interdisciplinarios resulta crucial para avanzar en un tratamiento más holístico, donde las intervenciones médicas y psicológicas se complementen de manera efectiva. A medida que continuemos investigando y desarrollando teorías en este campo, se podrán abrir nuevas vías de intervención clínica que aborden tanto los síntomas físicos como las raíces inconscientes del bruxismo, promoviendo un bienestar integral del paciente.

## Referencias

- Antón, M. C. (2015, mayo). Bruxismo y Psicoanálisis. *PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.*, 12(1), 36-43.
- Arévalo, J. A. G., & Cifuentes, A. S. (2008). EN TORNO AL CONCEPTO DE CUERPO DESDE ALGUNOS PENSADORES OCCIDENTALES. *Hallazgos*, 5(9).  
<https://doi.org/10.15332/s1794-3841.2008.0009.06>
- Borelle, A., & Russo, S. L. (2017). *Clínica psicósomática. Su especificidad en la evaluación y el diagnóstico*. Paidós.
- Chiozza, L. (2008). Significados inconscientes específicos de enfermedades dentarias. En *Obras Completas. Tomo XII. Afectos y Afecciones 3. Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo (1993—1997)* (Vol. 12, p. 300). Libros del Zorzal.  
<https://www.funchiozza.com/wp-content/uploads/libros/tomo12.pdf>
- Cid, F. M. (2023). EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROBLEMA DE LO MENTAL: DESDE LA EDAD CONTEMPORÁNEA HASTA FINALES DEL SIGLO XX. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 26(2), Article 2.  
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/86038>
- Freud, S. (1991a). La interpretación de los sueños (segunda parte). En *Obras Completas: Vol. V* (pp. 504-609). Amorrortu editores. (Trabajo original publicado en 1900-01)
- Freud, S. (1991b). *Sigmund Freud. Obras Completas La interpretación de los sueños (primera parte). 1900.: Vol. IV*. Amorrortu editores. (Trabajo original publicado en 1900).
- Freud, S. (1992a). El Yo y el Ello (1923). En *Obras Completas. El yo y el ello y otras obras (1923—25): Vol. XIX* (pp. 13-63). Amorrortu editores. (Trabajo original publicado en 1923-25).  
<https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2021/05/Freud-Amorrortu-19.pdf>
- Freud, S. (1992b). Estudios sobre la histeria (J. Breuer y S. Freud) (1893). Volumen II. En *Sigmund Freud. Obras Completas (Vol. 2)*. Amorrortu editores. (Trabajo original

publicado en 1893).

Freud, S. (1992c). *Obras Completas. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916).*: Vol. XIV. Amorrortu editores. (Trabajo original publicado en 1914-16).

Hernández-Reyes, B., Lazo-Nodarse, R., Díaz-Gómez, S. M., Hidalgo-Hidalgo, S., Rodríguez-Ramos, S., & Bravo-Cano, O. (2019). Bruxismo y manifestaciones clínicas en el sistema estomatognático. *Rev. Arch Med Camagüey*, 23(3), 309-318.

Korovsky, E. (2008). *Desde el Corazón del Psicoanálisis. Psicósomática Psicoanalítica II*. (Ediciones de la Casa). Edición del autor.

Korovsky, E. (2009). *Psicósomática Psicoanalítica II: desde el corazón del Psicoanálisis* (Ediciones de la Casa).

Korovsky, E. (2010). *Psicósomática Psicoanalítica. El tratamiento psicoanalítico de pacientes con manifestaciones somática de enfermedad* (3ra ed.). Edición del autor - Piedra Viva.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2004a). Pulsión. En *Diccionario de Psicoanálisis* (6a reimpresión, p. 348). Paidós.

<https://teoriaspsicologicas2.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/02/diccionario-laplanche-pontalis.pdf>

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (with Lagache, D.). (2004b). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.

Lemos Hoyos, M., Restrepo Ochoa, D. A., & Richard Londoño, C. (2008). Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 137-147.

Manancero Pérez, A. (2015). *Sueño e histeria. Un abordaje desde las tópicas freudianas* [Facultad de Psicología. Udelar.].

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7794/1/Manancero%20C%20Analia.pdf>

Mizraji, M., Manns Freese, A., & Bianchi, R. (2012, diciembre). Sistema estomatognático.

*Actas Odontológicas*, IX(2), 35-47.

Riva, R., Sanguinetti, M., Rodríguez, A., Guzzetti, L., Lorenzo, S., Álvarez, R., & Massa, F.

(2011, mayo). Prevalencia de trastornos témporomandibulares y bruxismo en Uruguay PARTE I. *Odontoestomatología*, XIII(17).

Russo, A. L. (2009a). La escisión «alma—Cuerpo» en perspectiva histórica. En

*Perspectivas Psicológicas en Salud. Equipo docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórico Técnicas*. (Facultad de Psicología. Udelar).

PsicoLibros Universitario.

Russo, A. L. (2009b). PSICOSOMÁTICA PSICOANALÍTICA. Un enfoque que supera la

clásica dicotomía mente—Cuerpo. En *Perspectivas Psicológicas en Salud. Equipo docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórico Técnicas*.

(Facultad de Psicología. Udelar). PsicoLibros Universitario.

Salinas Soto, P. (2019). *Prevalencia de bruxismo y su relación con estrés y ansiedad en*

*alumnos de tercer año académico de la carrera de odontología de la Universidad Finis Terrae*. Universidad Finis Terrae.

Stefanell, M. L., Meléndez Gallardo, J., Kreiner Feder, M., Fernández Rey, L. I., Scarrone

Pessano, D. L., & Bentancort, S. (2022). Bruxismo de la vigilia por autoreporte y factores asociados en estudiantes universitarios de educación física.

*Odontoestomatología*, 24(40).

Tallaferro, A. (1985). *Curso básico de psicoanálisis* (10a ed.). Paidós. Biblioteca de

psicología profunda.

Vergara Quintero, M. del C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso

salud—Enfermedad. En *Hacia la promoción de salud* (Vol. 12, pp. 41-50).

<https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1946/1862>