



**Universidad Nacional  
de La Matanza**  
Escuela de Posgrado



*Asociación  
Escuela Argentina  
de Psicoterapia  
para Graduados*

*Interdisciplina: Un encuentro con los otros*

Tesista:

**Dra. Alicia Gómez**

Director de Tesis:

**Dr. Rodolfo D'Alvia**

**2009**

**A mi padre, cuya defensa del conocimiento en medios no siempre favorables, intento honrar con mi propia trayectoria.**

**A mis hijos, por quienes toda lucha adquiere sentido.**

**A mis profesores de Odontología, que me enseñaron fundamentalmente, a valorar y enriquecer la disciplina.**

**A mis docentes de la Maestría que estimularon mi pasión por el Psicoanálisis y me enseñaron a formarme continuamente.**

**A Rodolfo D'Alvia, por su transmisión y entrega y por haber creído en mí desde un principio.**

## Índice general

### **1. Parte I**

1.1 Temas .....	5
1.2 Introducción .....	6
1.3 Problema .....	9
1.4 <u>Antecedentes y justificación</u>	
1.4.1 Estado de la cuestión .....	11
1.4.2 Relevancia práctico – social y cognitiva .....	48
1.5 <u>Marco teórico</u>	
1.5.1 Formación del profesional .....	54
1.5.2 Relación paciente – profesional .....	58
1.5.3 Alcances de la Interdisciplina .....	64
1.5.4 Síndrome de Burnout .....	68
1.6 <u>Hipótesis y objetivos</u> .....	72

### **2. Parte II**

2.1 Diseño .....	73
2.2 Matriz de datos	
2.2.1 Universo de estudio y variables.....	74
2.2.2 Plan de tratamiento .....	75
2.2.3 Fuentes y análisis de datos (UA a) .....	76
2.2.5 Fuentes y análisis de datos (UA b) .....	81

### **3. Conclusiones finales** .....

92

Bibliografía .....	96
--------------------	----

*“Mi experiencia clínica ha sido variada. Nunca me he alejado totalmente de la práctica de la pediatría, que fue mi punto de partida. He podido comprobar el valor que para mi trabajo han tenido lo que podríamos llamar los “apremios sociales”, con los cuales tuve que enfrentarme en mi calidad de médico en un hospital para la infancia. He disfrutado, asimismo, del constante reto que representa el ejercicio privado de la medicina y también las consultas terapéuticas. Estas ocupaciones me han proporcionado la oportunidad de aplicar de un modo general todo aquello que iba aprendiendo del ejercicio del psicoanálisis propiamente dicho.*

*Tengo la esperanza de que este libro muestre que la pediatría es una de las vías que llevan al psicoanálisis, una vía legítima y eficaz.*

*Es fácil advertir que el autor de los trabajos también es un pediatra, pero un pediatra orientado psicoanalíticamente.”.*

D. W. Winnicott. Londres 1957.

Prefacio de “Escritos de Pediatría y Psicoanálisis”

## Resumen

Esta investigación se orienta a encontrar con el Psicoanálisis, reflexiones a los problemas de índole emocional que surgen en la clínica odontológica de adultos y que complican el tratamiento técnico. He tomado bibliografía de la articulación entre Medicina y Salud Mental y Medicina y Psicoanálisis (en esta última hay interrelación) que me ha servido como material de consulta, considerando que la Odontología es una ciencia médica que sin embargo, posee características propias. Como antecedentes dentro del ámbito de la Odontología y el Psicoanálisis, se destacan los trabajos de Arminda Aberastury que junto a un grupo de psicoanalistas en la cátedra de Odontopediatría de la Facultad de Odontología (UBA) trabajó en la década del 50 a la del 70. Allí se trató intensamente, una genuina articulación entre ambas disciplinas, facilitada por la orientación psicoanalítica de la titular de la cátedra en aquél período, María Inés Egozcue, quien dejó una impronta que perdura en la actualidad.

En esta misma cátedra tuve el cargo docente de ayudante (desde 1982 a 1986).

Lamentablemente, esta muestra de Interdisciplina no se extendió al tratamiento de adultos, por eso el tema de mi investigación es referido a la población de este rango.

Trato también la temática de la formación universitaria del odontólogo y la necesidad de incorporar materias relacionadas con la Psicología, no solo en las cátedras de Odontología Infantil, sino para adultos, habiendo encontrado su implementación en universidades privadas, con materias afines (Universidad Maimónides, Universidad del Salvador, Universidad Kennedy).

En relación al vínculo paciente – profesional, reflexiono sobre la posibilidad de que el odontólogo adquiera formación en la lectura y en el intercambio de los aspectos anímicos del paciente, tanto para enriquecer su terapéutica como para preservar la salud psíquica de sí mismo y evitar los efectos deletéreos del Síndrome de Burnout. Con respecto a esta problemática, la investigación intentará mostrar de qué formas va sumergiéndose el odontólogo en dicha sintomatología, sin darse cuenta y sin poder relacionarla con la manera en que está desempeñando su actividad profesional.

Finalmente, se podrá encontrar una serie de entrevistas realizadas a odontólogos en ejercicio profesional con el fin de relevar la problemática planteada y otras entrevistas a coordinadores de las cátedras de Psicología de algunas facultades de Odontología.

Este trabajo apunta a abrir las perspectivas interdisciplinarias entre ambas ciencias como forma de mejorar la atención de la salud en nuestros pacientes y en los profesionales. Se evalúan ventajas y dificultades que plantea la Interdisciplina y posibles modelos para llevarla a la acción.

## **1. Parte I**

### **1.1 Temas:**

- a) Aplicación de conceptos psicoanalíticos a la clínica odontológica en la relación paciente - profesional como campo de abordaje interdisciplinario.
- b) Relación entre la ausencia de conocimientos psicológicos y la aparición de complicaciones en el tratamiento odontológico y de síntomas de Burnout en el profesional.
- c) Formación profesional interdisciplinaria del odontólogo.

## **1.2 Introducción**

El tema de esta investigación surge a partir de la experiencia en mi formación odontológica, ampliada por mis estudios en Psicoanálisis en esta Maestría.

En la medida que fui cursando este postgrado, la relación con los pacientes fue cambiando, desde la escucha de su demanda y de comprender el significado emocional de las distintas modalidades, me fue permitiendo conseguir un enfoque de la problemática mucho más integral del paciente, por la adquisición de una perspectiva más abarcativa que la que tenía en mi clínica previa.

Pero recién a partir de haber comenzado a pensar en los procesos psicossomáticos pude elegir este tema para la tesis e ir conceptualizando lo vivenciado.

La Interdisciplina representa un esfuerzo por atravesar las fronteras del muro narcisista que impone la propia disciplina. Por lo general, a través de los años de práctica, vamos tomando identidad a partir del rol profesional, naturalizando modalidades de enfocar la atención de la salud del paciente como si fueran genéricas, de manera que todo lo que no se encuadre en lo ya aprendido, es devaluado, omitido o tratado sin pertinencia. Podríamos decir que nos vamos volviendo dogmáticos y cerrados a otras perspectivas de conocimiento.

Estas resistencias a incorporar otros enfoques relacionados con la subjetividad del paciente, provienen a veces del profesional, por su parcial formación, su historia o falta de elaboración del complejo narcisista, pero otras a la influencia del contexto en el que está inserto. Las instituciones que organizan las prácticas profesionales son a veces abiertas a la interacción con otras disciplinas pero en otras, todo lo contrario, influyen en los individuos cristalizando lo ya sabido e instituido.

Por eso, estoy considerando que la integración en el profesional de diferentes perspectivas disciplinarias, permitiría una atención del paciente tendiente a privilegiar su condición de ser humano total y a no disociar su cuerpo-mente; ya que en esta disociación en el otro, podría estar fomentando una situación similar en uno mismo.

Por lo expuesto, me propongo presentar mis ideas sobre la forma en que podría integrarse el Psicoanálisis a la Odontología y ésta al Psicoanálisis, evaluando qué se puede esperar de la Interdisciplina.



En el presente informe, haremos un recorrido por los trabajos realizados en relación a la articulación entre Psicoanálisis y Medicina, por autores psicoanalistas. Luego se encontrará una reseña de la actividad de autores de la Odontología donde se denota una apertura hacia lo interdisciplinario.

Como especialidad en Odontología, se mostrarán los trabajos realizados en la Cátedra de Odontopediatría (UBA) cuya titular, María Inés Egozcue permitió durante su gestión, una apertura a lo interdisciplinario, implementando un modelo terapéutico basado en la articulación entre Psicoanálisis y Odontopediatría. Dicho programa fue coordinado por Arminda Aberastury a fines de la década del '40 y principios del '50 y significó un nuevo enfoque integral para la atención de niños. En 1955, se crea la Asociación Argentina de Odontología para Niños, orientada por Samuel Leyt, que al poco tiempo se incorpora a la Asociación Odontológica Argentina (Internet: Historia de la AAON: [www.aoon.org.ar](http://www.aoon.org.ar)).

Asimismo se verá el estado de la cuestión en la temática de Interdisciplina, conceptualizada por autores de diferentes ramas de la ciencia que podrán orientarnos sobre las posibilidades y dificultades que plantea la interrelación entre disciplinas.

Mi marco teórico, también consta de cuatro puntos, por haberlos considerado fundamentales en la constitución de la problemática. En primer lugar abordaré la cuestión de la formación profesional, punto básico en la promoción de interés en el aspirante a odontólogo en las relaciones de la Odontología y la Psicología, dentro de la cual, tomo el Psicoanálisis por considerar su corpus teórico el más adecuado para la articulación. En cuanto a la relación paciente – profesional, doy una mirada que es producto de mi propia experiencia clínica, interrelacionada con el aporte de autores que han tratado este tema.

La temática de la Interdisciplina, es abordada no solo en relación a estas dos disciplinas sino en un plano más abarcativo, como tendencia actual en los nuevos paradigmas que sustentan la complejización en el objeto de conocimiento. Por último, trato el tema del Síndrome de Burnout, flagelo que concierne a los profesionales de la salud en la suya propia y se traduce en una perturbación de la clínica y por tanto, concierne a toda la población de pacientes. Un profesional afectado, incide en un área determinada de pacientes, si esto se multiplica, puede llegar a ser un problema comunitario.

El intento de una Maestría en Psicoanálisis, valorando la especificidad de la teoría y clínica psicoanalítica, permite incluir en la formación otros modelos científicos que tratan de integrar y ampliar el conocimiento de lo humano (Epistemología, Filosofía, Antropología, Semiología, etc., materias de esta Maestría). De ahí mi intención de haber ingresado en esta formación desde mi lugar de odontóloga.

### **1.3 Problema**

¿Cómo influye el desconocimiento del odontólogo desde la formación inicial en Odontología, sobre los aspectos psicológicos del paciente adulto, en el curso del tratamiento odontológico y en la aparición del Síndrome de Burnout en sí mismo, en la práctica actual?

## **1.4 Antecedentes y justificación**

### **1.4.1 Estado de la cuestión**

Para facilitar la comprensión del estado en que se encuentra la cuestión, he organizado su presentación de la siguiente manera:

1. Sigmund Freud, Donald Winnicott y psicoanalistas contemporáneos
2. Síndrome de Burnout.
3. Odontólogos en interdisciplina. Articulación entre Odontopediatría y Psicoanálisis.
4. Autores conceptualizando la Interdisciplina.

### **1. Sigmund Freud**

**Freud Sigmund (1913)** "El interés por el Psicoanálisis". "El interés por el Psicoanálisis para las ciencias no psicológicas". Tomo XIII (182 a 185). Amorrortu editores.

#### **El interés biológico**

Freud dice que el desdén con que el Psicoanálisis fue tratado por los científicos puede deberse a la naturaleza de su objeto de estudio: la función sexual perturbada como etiología de la neurosis. La ciencia, antes, nunca admitió tomar la función sexual humana para ser analizada.

En el ámbito biológico, hay una oposición entre pulsiones que sirven a la autoconservación del individuo (función respiratoria, digestiva, etc) y las sexuales, que procuran la supervivencia de la especie (plasma germinal inmortal en el que los individuos son como órganos que se van sucediendo). Freud habla de "pulsión" como concepto tomado de la Biología o más bien, fronterizo entre la Biología y la Psicología.

**Freud Sigmund (1919 – 1918)** “¿Debe el Psicoanálisis enseñarse en la Universidad?”. Tomo XVII. (169 a 171) Amorrortu editores.

El psicoanalista se forma con:

- ❑ La bibliografía respectiva (teórico)
- ❑ Sesiones científicas de las Asociaciones Psicoanalíticas (teórico)
- ❑ Contacto con psicoanalistas más experimentados (teórico).
- ❑ Su propio análisis (práctico).
- ❑ Control de sus pacientes con psicoanalistas más reconocidos.

Las asociaciones psicoanalíticas existen por la exclusión que la Universidad hizo del Psicoanálisis.

La Universidad deberá evaluar si es importante la inclusión del Psicoanálisis en la formación del médico y del hombre de ciencia. La orientación en la formación del médico es la Anatomía, Física, Química, omitiéndose los fenómenos psíquicos y su influencia en la enfermedad y en el tratamiento. Esto provoca un desinterés del médico por estos problemas, en el sano y en el enfermo. Este último será, en consecuencia, más susceptible a un curandero que al médico.

En la Universidad, dice Freud, se habían incorporado cátedras de Psicología Médica basadas en la Psicología experimental o escolástica que no lograron mantenerse en los planes por resultar enfoques fragmentarios. Por eso, propone para crear una cátedra de Psicoanálisis, el siguiente plan:

Antes de exponer el Psicoanálisis mismo, habría que hacer un curso introductorio para todos los estudiantes de Medicina, que contenga:

- la relación entre vida psíquica y somática, fundamento de los tratamientos psíquicos.
- enseñar todas las formas de terapia sugestiva para demostrar que el Psicoanálisis es la culminación de toda psicoterapia. Luego debería haber conferencias especializadas para psiquiatras.

Asimismo, el Psicoanálisis aporta resoluciones a problemas artísticos, filosóficos y religiosos, otorgando enfoques a ciencias como: Historia de las culturas, Mitología, Literatura, etc. Esto contribuye a unir Medicina y Filosofía.

La enseñanza en la Universidad se dividiría en:

- 1.- dogmática –crítica: clases teóricas.
- 2.- práctica: consultorio externo, función asistencial de psiquiatría, servicio de internación.

Con esta enseñanza, el estudiante no sabría cabalmente Psicoanálisis pero al haber sido informado, se podría formar posteriormente si le interesase, así como lo hizo en la carrera de Medicina.

**Freud Sigmund (1925 – 1924)** “Las resistencias contra el Psicoanálisis”. Tomo XIX (225 a 235). Amorrortu editores.

Freud sostiene que en ciencia no debería haber horror a lo nuevo y que el escepticismo que la caracteriza hasta no someter a riguroso examen, es positivo. Pero a veces se rigidiza, deteniéndose en lo ya consabido y desestimando lo nuevo. Muchos descubrimientos fueron en principio tratados injustamente a causa de estas resistencias. El Psicoanálisis tuvo mala acogida en el ámbito científico. En su origen tomó los descubrimientos de Breuer sobre la génesis de los síntomas neuróticos y de Charcot, los fenómenos hipnóticos. Si bien en principio el objetivo era terapéutico sobre la neurosis, luego amplió su campo abarcando una concepción de la vida anímica. A pesar de las resistencias, muchos fueron sus adeptos médicos y no médicos, quienes lo utilizan en el tratamiento de enfermos nerviosos, como método de investigación psicológica y como medio auxiliar del científico en los campos de la vida espiritual.

Freud habla de las neurosis como *toxicosis*, citando la psicogénesis de los síntomas histéricos. Cuando el Psicoanálisis comienza a investigar los procesos psíquicos que producen estas secuelas somáticas, sus resultados no coinciden con las ideas dominantes de los médicos contemporáneos, educados para admitir solo los factores

anatómicos y físicos. No estaban preparados para la apreciación de lo psíquico. Juzgaron los síntomas histéricos como simulación y a los fenómenos hipnóticos como un fraude.

**El Psicoanálisis exhorta a reaprender y ver de diversas maneras muchas cosas.**

El Psicoanálisis se sitúa en un lugar entre Medicina y Filosofía y en ambas ciencias encuentra resistencias. Aunque estas son afectivas no intelectuales, sobre todo por el tema que aborda: las pulsiones sexuales en la vida anímica. Porque significa un peligro tocar el tema de la pulsionalidad reprimida de los individuos y la posibilidad de que aflojen la represión, para dar lugar a una mayor veracidad, el Psicoanálisis se mostró y muestra como peligroso para el orden social.

Por eso, sostiene Freud, el Psicoanálisis fue la afrenta psicológica hacia el amor propio de la humanidad, la teoría de Darwin fue la afrenta biológica y la de Copérnico, la afrenta cosmológica.

**Freud Sigmund (1926)** “¿Pueden los legos ejercer el Psicoanálisis?” Tomo XX (165 a 235) A.E.

En 1926, Freud escribe este artículo en defensa de Theodor Reik, quien no siendo médico, era miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Lo acusaban de curanderismo, a lo que Freud alega que el Psicoanálisis no es competencia exclusiva de la profesión médica y argumenta al respecto.

El Psicoanálisis es un procedimiento destinado a curar o mejorar enfermedades nerviosas; los enfermos no son como otros enfermos, los legos no son germinalmente tales ni los médicos son lo que se espera de los médicos. Además, este tipo de enfermedad no logra ser curada por los médicos, que aconsejan reposo, cambios en la vida habitual, tónicos, etc, con lo que solo consiguen alivios pero no mejoras.

El método psicoanalítico procura alivio al paciente desde el momento que puede expresar lo que mantuvo en secreto. Como tampoco se vale de la hipnosis, no suprime los síntomas sino que los utiliza para la cura.

Freud dice que es indispensable que el analista vivencie los postulados psicoanalíticos sometiéndose él mismo a un análisis. Esto apunta a que pueda liberarse de prejuicios con respecto al material del paciente.

El analista debe tener responsabilidad moral, en correspondencia a la gran sinceridad que demanda del paciente en sus relatos.

Transferencia analítica:

El neurótico le da su confianza al analista por la particular actitud afectiva que adopta, estableciendo un vínculo de enamoramiento compulsivo. El paciente reproduce su historia vital íntima con el analista en lugar de recordarla.

Por eso va a tratar durante el tratamiento que el analista satisfaga su necesidad de amor, aunque éste no debe ceder para ayudarlo a no repetir.

El analista deberá también adquirir conocimientos por medio de la práctica y el intercambio de ideas con colegas en las asociaciones psicoanalíticas.

**“Entonces, habiendo aprendido la técnica, el arte de la interpretación, el combate de las resistencias y el manejo de la transferencia, ya no es un lego en Psicoanálisis”.**

**“Coloco el acento en la exigencia de que no pueda ejercer el análisis nadie que no haya adquirido títulos para ello mediante una determinada formación. Me parece accesorio que esa persona sea o no médico”.**

Freud resalta el tema del diagnóstico diferencial de la neurosis con otras patologías mentales, diciendo que debe estar a cargo de un médico, sea el analista médico o no ya que el terapeuta, al tener puesto su interés en lo psíquico, no será imparcial. Afirma que **el tratamiento orgánico y psíquico no se ejecutan bien reunidos en una sola mano**. Así como aconseja que en virtud al vínculo transferencial, el analista no examine corporalmente al paciente.

Con respecto a si se debería incluir la formación en Psicoanálisis en la carrera de Medicina, Freud no se manifiesta partidario, pero sí que tenga carácter de postgrado en una Escuela Superior de Psicoanálisis.



Considera que en la carrera se acrecentaría la extensión y la exigencia. Da el ejemplo de la carrera de Odontología como especialidad de Medicina y donde mucho de lo que se aprendía ahí, no era utilizable para el odontólogo.

Sostiene que **lo mejor para el paciente es que el médico trabaje con frialdad y máxima corrección**. Así como que el analista médico carente de formación es todavía más peligroso que los legos.

Considero importante la advertencia de Freud de que no se puede contar con la colaboración del paciente en análisis a causa de que éste no quiere perder los beneficios de la enfermedad, por ejemplo la manipulación de su entorno, disimular insuficiencias en el trabajo, etc.

En relación a la observación que hace de no mezclar tratamiento orgánico y psíquico en el mismo profesional, podemos inferir que discrimina el tratamiento psicoanalítico propiamente dicho del tratamiento médico, sugiriendo que posiblemente, lo que más convenga al paciente sea que el profesional médico se aboque al tratamiento específico y el psicoanalista al psíquico. Por eso, el médico que sea psicoanalista, deberá no actuar como médico con respecto a su paciente en análisis, porque estaría poniendo atención en otros aspectos que no son pertinentes al Psicoanálisis, desvirtuando así, la cura psíquica.

### Donald Winnicott

En relación al caso de una niña que manifestaba una serie de síntomas físicos a partir del nacimiento de un hermanito, Winnicott dice: “Un médico que no comprenda los procesos que se ocultan bajo tales síntomas hará su diagnóstico y tratará la enfermedad como si la misma obedeciese a causas físicas. En cambio, un médico que entienda algo de psicología, adivinará la causa oculta de la enfermedad y tomará las medidas pertinentes para aliviarla”.

“El poder que el inconciente tiene sobre el cuerpo es algo que empieza a comprenderse ahora, pero parece cierto que el metabolismo puede ser reducido hasta quedar prácticamente detenido, que puede demorarse la dentición, que se puede evitar que las

heridas sanen y que el pelo puede caerse, a resultas sencillamente de un deseo profundamente arraigado.”

“La base no física del nerviosismo tiende a ignorarse, debido a la poca disposición que los médicos y otras personas sienten para el reconocimiento del inconciente y de la importancia e intensidad del erotismo y la hostilidad infantil.”

“Ningún estudio de la reacción del niño ante su enfermedad física puede ser completo sin tener en cuenta la fantasía que el niño se forma con respecto a su interior. El material de la fantasía se halla presente, en espera de que alguien lo descubra.”

Winnicott dice también que el valor de sus observaciones depende de su capacidad para conocer la acción y los límites de la enfermedad física (infección, desnutrición, etc). “De mi seguridad de que tengo en cuenta la posibilidad de una enfermedad física depende mi derecho a intervenir en el aspecto psicológico. En este sentido, sugiero que el estudio de la psicología se ha visto oscurecido por nuestra falta de control sobre la enfermedad física.

#### Problema de la formación del médico

“Estoy convencido de que la intolerancia de los síntomas se presenta simplemente porque el pediatra físico no está muy enterado de la ciencia denominada “psicología dinámica” (psicoanálisis para mí); y sin embargo, sólo por medio de dicha ciencia cabe hallar sentido a los síntomas.

Esta ciencia que cuenta sus buenos cincuenta años, es tan amplia como la fisiología, e incluye el estudio de la personalidad humana en desarrollo. Pero el médico recién graduado, cansado, atiborrado de datos pediátricos, retrocede asustado ante la perspectiva de una asignatura más y le da el esquinazo a estas nuevas enseñanzas, las únicas que califican para la práctica de la psicoterapia. Hay que dejar que el problema del doble adiestramiento se resuelva por sí solo con el tiempo; mientras tanto debemos esperar y recibir con agrado los dos tipos de enfoque, el físico y el psicológico y debemos procurar asimilar la aportación que cada uno de ellos es capaz de hacer a la pediatría.

“Comprendo el punto de vista del pediatra que, no ocupándose específicamente de la psicología, debe hacer caso omiso del significado de los síntomas y tratar de curarlos.

Pero lo que sí les pido a estos médicos es que les concedan a los psicólogos el mérito que se merecen por su punto de vista, del mismo modo que el psicólogo se lo concede al pediatra por sus conocimientos en fisiología infantil, bioquímica, etc. Las dos disciplinas deberían producir **diferentes clases de pediatras**, cada una de ellas con un saludable respeto por la otra”.

Winnicott comenta que se afirma que los pediatras son buenos con los niños, pero **saber tratarlos, no es psicología**. “La pediatría *física* se muestra bien dispuesta para con la otra mitad de la pediatría, la que se ocupa del desarrollo *emocional*; y sin embargo el camino parece estar bloqueado. Los que hallan su labor en la vertiente física se basan en las ciencias físicas, anatomía, fisiología, bioquímica y no saben a qué ciencia recurrir en el territorio psicológico. ¿Qué hay en la psicología que corresponda a las ciencias físicas?.

“He pasado mi vida profesional con un pie en la pediatría y el otro en el psicoanálisis. **La ciencia que subyace a la pediatría psicológica es el psicoanálisis**. Incluye además un elemento en la labor clínica: en calidad de psiquiatras debemos esperar encontrar en *nosotros mismos* las mismas dificultades y las mismas organizaciones neuróticas de defensa que encontramos en nuestros pacientes.

Mi principal contribución ha sido la sugerencia referente a la formación de posgraduados para aquellos pediatras que sean capaces de mirar al futuro y verse ejerciendo dentro de la mitad psicológica de nuestro tema común: la pediatría. Necesitan formarse en psicoanálisis”. (423, 424).

Podemos ver que este autor habla de un Psicoanálisis desde otra postura distinta de Freud, puesto que no hay una frontera clara entre Psicoanálisis y Medicina en su teoría pero sí en la de Freud. Por eso, tal vez, en Winnicott nos acercamos más a lo interdisciplinario, pero no olvidando su condición de psicoanalista post freudiano, es decir, seguidor del padre del Psicoanálisis.

### Psicoanalistas contemporáneos

**D’Alvia Rodolfo (1997)** “Freud y la psicósomática”. Revista del Instituto Psicósomático de Bs. As. N° 3.

D'Alvia hace un recorrido minucioso a lo largo de la obra de Freud mostrando cómo éste estuvo atravesado constantemente por un enfoque biologicista / psicologista.

Posteriormente, enuncia elementos para armar un **Modelo Psicosomático Psicoanalítico** desde conceptos Freudianos: noción de desvalimiento humano, relación entre enfermedad orgánica y trauma psíquico, apuntando que la enfermedad orgánica puede actualizar o revivir el trauma infantil. En relación a la pulsión, dice que ésta no solo rige la vida anímica sino también la neurovegetativa (permitiendo comprender en parte la enfermedad psicosomática).

Habla del cuerpo como sede de lo perceptual y considera, siguiendo a Freud, al Yo como proyección psíquica de la superficie del cuerpo. Luego presenta el hecho de que en la enfermedad orgánica hay un retiro de la libido objetal hacia el yo (hipocondría y somatización: dos tipos de desorganizaciones narcisistas). Menciona las series complementarias, coraza de protección antiestímulos, teoría de los afectos y de las representaciones, discriminando distintos tipos de angustia. La angustia difusa o automática como característica de las enfermedades más regresivas como la psicosomática y la angustia señal que está más ligada a la neurosis histérica.

Considero este modelo psicosomático psicoanalítico, muy interesante para ser utilizado en el tratamiento de enfermedades orgánicas en las que intervienen síntomas psíquicos, permitiendo al profesional identificar la articulación psique - soma en un sujeto total.

El autor muestra una preocupación por **integrar el modelo psicoanalítico al médico**, siendo de suma importancia para aplicar en las distintas especialidades de la Medicina y Odontología desde un enfoque interdisciplinario.

**D'Alvia Rodolfo (2005)** Tesis de Maestría en UNLAM y AEAPG: "Calidad de vida y sus implicancias en la salud" (18 y 19).

En el punto 6 (metodología) el autor aborda la **relación médico - paciente**, mencionando algunas interferencias comunicacionales que pueden surgir, dentro de las

cuales puede haber: distorsiones de comprensión (pragmáticas) y de significado (semánticas). Ambas producen una distancia entre médico y paciente que acentúa la asimetría y de esta forma, debilita la participación del paciente en su tratamiento. Por eso, el autor conceptualiza la “escucha de la escucha”: oír lo que se le dice y lo que el paciente dice (segunda mirada del discurso para comprobar lo que se ha comprendido). Puede haber también desencuentros entre el médico tratante de la enfermedad orgánica y el psicoterapeuta del paciente, por manejar diferentes códigos, distintos enfoques de formulación de diagnósticos (modalidad descriptiva en salud mental y biológica causalista en medicina): Todos estos problemas tendrían que ser pensados desde el campo de la interdisciplina.

El acto médico considera un cuerpo ideal (sano que contrae enfermedad). La Psicosomática Psicoanalítica trata de entender su pesar subjetivizado, afectos, sensaciones, vivencias, imágenes y distorsiones defensivas que sostienen los síntomas.

A veces, el malestar no es tanto por la enfermedad en sí sino porque no se le encuentra un sentido integral en el universo del paciente, viviendo los síntomas como ajenos a su persona.

El autor no acuerda con el tipo de historia clínica actual desde un modelo bio-médico, donde no se integran los aspectos afectivos del paciente, como también los aspectos vinculares entre el equipo médico y el paciente.

La perspectiva psicoanalítica con que D’Alvia trata la relación paciente – profesional en el tratamiento médico nos muestra la posible imbricación entre ambas disciplinas, así como algunos de sus obstáculos. La comprensión de la situación vincular con el paciente, permite interpretar dificultades que surgen tanto en éste como en el mismo profesional.

**Ferrari Héctor (1996)** Salud mental en Medicina. Contribución del Psicoanálisis al campo de la Salud. Capítulo 1. López editores.

Aquí se plantea que todo lo relativo a la enfermedad compromete niveles profundos infantiles e irracionales de la mente: dolor, desamparo y mutilación. La formación médica no prepara al profesional en estos aspectos, desconociendo qué sucede en

la intimidad del paciente y en la manifestación en el vínculo entre ambos. Si esto pudiera valorarse, el médico estaría más protegido de actuaciones.

Lo que distinguiría la profesión médica de otras, es la vocación intensa. Se trata de personas con disposición a ayudar y socorrer a otros que lo necesitan. Esto contribuye a emparentar la actividad con el

animismo. Por eso quizás, en su afán por cientificarse, desde hace tres siglos, la Medicina se alineó con el Positivismo, concentrándose en la “maquinaria biológica” y desentendiéndose del sujeto de la experiencia.

Esta sería la explicación del autor a la Medicina exclusivamente centrada en la especificidad de lo orgánico. Le objetaría que de esta manera, deja al profesional médico situado en un lugar social privilegiado e idealizado que contribuye a la sobreexigencia a cambio de la satisfacción de sus aspectos narcisistas

En las últimas décadas, a partir del avance de las investigaciones y del incremento de recursos técnicos, la Medicina comenzó a fragmentarse en una multitud de especialidades y sub-especialidades. Al especialista se le hizo arduo integrar la persona total del paciente.

Por eso, la tarea se vería redimensionada desde el modelo interdisciplinario, permitiendo que cada disciplina actúe desde su especificidad como referente de la otra.

Pinel (1789), representa dentro de la Salud Mental, la humanización del paciente psiquiátrico, considerando sus derechos y reconociendo su enfermedad dentro de un devenir procesal (proceso e historia de la enfermedad).

El método psicoanalítico se basó en el determinismo psíquico, que dice que todo lo expresado por el paciente está en relación inconciente con:

- Motivos de su enfermedad
- Persona del médico que lo trata.

El aporte del Psicoanálisis, al basarse en el específico reconocimiento de un conjunto de fenómenos psíquicos, podría ser de categorías útiles para el beneficio integral del paciente en el tratamiento médico.

“Se empezó a tener en cuenta entre otras cosas, el funcionamiento inconciente de la mente, el reconocimiento de la sexualidad infantil, el cuerpo como cuerpo erógeno, el rol del conflicto en la constitución del psiquismo y en especial el Complejo de Edipo, el Yo

como precipitado de identificaciones, la ansiedad y los mecanismos de defensa, pero sobre todas las cosas, la vitalidad y potencialidad terapéutica del vínculo humano a partir del descubrimiento de la transferencia”.

Creo que este tipo de conceptos nos sirven para reflexionar acerca del vínculo paciente-profesional, motivos inconcientes, formas de ansiedad y defensa, así como el funcionamiento psíquico de ambos que se pone en juego durante el tratamiento médico u odontológico.

**Pissinis G. (1999)** (UBA) “Freud: de la hermenéutica a la Biología y viceversa”  
Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP).

El autor sostiene que en la teoría psicoanalítica, existe una tensión entre las explicaciones subjetivas de la experiencia y las cuantitativas – fisiológicas en relación a los sucesos mentales. Esto toma relieve especialmente en el concepto de pulsión.

La estructura teórica del Psicoanálisis tendría dos variantes:

Más psicológica, explicativa de la clínica. La exposición se hace en forma novelesca porque los síntomas neuróticos están entramados en el relato fragmentado. Otro modelo sería el lacunar por el cual el analista tratará, a través del trabajo interpretativo de otorgarle sentido a los síntomas.

Metapsicológica: descriptiva de esos procesos mentales.

La explicación en términos energéticos se debe a la adhesión de Freud a la Escuela Biológica de Medicina que es materialista y positivista. Extrapola la noción de pulsión de la Biología a la Psicología y esto le permite ordenar y explicar los datos clínicos. Por esto, la pulsión es una premisa o supuesto de índole extra clínica. El autor sostiene que es la intersubjetividad la que introduce la eficacia psíquica de la pulsión. Se pregunta qué especificidad tiene el Psicoanálisis y rescata los supuestos biológicos y el trabajo de interpretación de síntomas, fallidos y sueños. La hermenéutica psicoanalítica se sitúa en la representación psíquica de ese sustrato biológico (fuente o zona erógena). “La pulsión se inscribe en el aparato psíquico como deseo ligado a la historia de las relaciones”.

Aquí podemos ver un autor interrogándose acerca de la urdimbre entre Biología – Psicoanálisis y analizando las dificultades de discriminar ambas disciplinas. Nos dice que a nivel institucional, tal vez no sea posible una integración eficaz entre disciplinas y que quedaría en el investigador y su postura epistemológica, poder interrelacionar conceptos de ambas ciencias.

Tomaremos en cuenta la postura escéptica de Pissinis sobre la posibilidad de un entrecruzamiento entre disciplinas por contener modelos teóricos y metodológicos diferentes, aunque Freud mismo haya tomado conceptos biológicos para la construcción de algunas teorías. La alternativa de que la interdisciplina responda a la postura epistemológica del investigador, nos habla de la dificultad en la flexibilidad que caracteriza a las instituciones científicas.

**Rinaldi Guillermo (2001)** Prevención psicosomática del paciente quirúrgico. Paidós.

Rinaldi sostiene que “la prevención psicosomática es “económica” porque trata los trastornos emocionales cuando aún no se consideran estructurados, o sea antes de que se produzcan las fijaciones, las regresiones o las conrainvestiduras, momento en que los mecanismos de defensa son más estables y menos movilizables. Para esto debemos considerar que la existencia de un conflicto en sí mismo no es necesariamente patógena, sino que la disminución de los recursos internos para resolverlo es lo que le confiere patogenicidad. Por lo tanto, la prevención apunta a disminuir la ocurrencia de conflictos, traumas y fallas identificatorias, como a fortalecer las defensas y potencialidades de los recursos yoicos”.

La prevención psicoterapéutica ayuda al paciente a historizar el acontecimiento del tratamiento, a darle un sentido y conocer de antemano lo que va a suceder. Esto le brinda seguridad, confianza y la posibilidad de adaptarse activamente a la realidad amenazante, así como evitar la disociación psicosomática, excesivamente conformista o sobreadaptada desmintiendo la percepción del peligro.



Atenuar los efectos emocionales del impacto traumático llevará al paciente a estar más equilibrado en su medio interno, por lo que su tratamiento resultará más eficaz.

**Rusconi Carlos (1995)** “Lo interdisciplinario en Psicoanálisis” AEAPG. 18  
Encuentro anual de discusión: La clínica psicoanalítica a 100 años de su descubrimiento.

La Interdisciplina, desde el punto de vista psicoanalítico, sería un espacio simbólico, una *implicación y no simple aplicación* o modo de abordaje. El autor se pregunta cómo se puede sostener el espíritu freudiano en la estructuración del objeto desde el orden médico que atraviesa el discurso de otros profesionales y en la demanda del paciente. Este orden médico se basa en el objeto enfermedad, en términos biológicos, físico-químicos y su intervención apunta a recuperar el equilibrio perdido. El paciente es el portador de la enfermedad y no un sujeto sufriente. Al sostener esta actitud, el médico también desaparece como tal, tras el ropaje de poder-saber que le otorga su investidura, y al estar inscripto de este modo en la cultura contribuye a crear mayores dificultades interdisciplinarias.

Para Rusconi, la Interdisciplina implica un modelo estructural con un *objeto nuevo y complejo*, donde las relaciones y leyes del conjunto de disciplinas, constituyen una Estructura Asistencial Significante, donde la práctica psicoanalítica, la relación médico-paciente y la relación entre profesionales, se sostienen “en” y “desde” una posición transferencial.

También se pregunta, por otra parte, qué posición tiene el psicoanalista en el trabajo interdisciplinario en relación al discurso del médico, sin que se haya instaurado una situación analítica a través de una demanda. Supongo que con esto abre una faceta controvertida del actual Psicoanálisis, donde, ciertos sectores de la comunidad científica debaten el sostenimiento de la técnica como fue ideada en su comienzo o, por el contrario, su adaptación a las necesidades actuales de la sociedad, que incluyen lo interdisciplinario. Las resistencias a la integración no solo provienen de las ciencias naturales.

El Psicoanálisis se debate entre ser leal a sus orígenes y no abrirse a lo interdisciplinario, para no perder identidad o acceder a interrelacionarse con otras ciencias biológicas y sociales.

Estas ideas del autor, me llevan a pensar que uno de los principales problemas reales en base a ese tema está en la naturalización de los roles profesionales a nivel cultural. Por eso, sería un comienzo de transformación, ir teniendo una visión intradisciplinaria más crítica, cuestionándose las exigencias del rol, la formación en la profesión, el modo de encarar la actividad profesional, etc.

**Zukerfeld Rubén y Raquel (2005)** “Malestar, modos de enfermar y vulnerabilidad somática”. Capítulo 5. Procesos terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia. Lugar editorial.

Aquí se define la vulnerabilidad somática como el deterioro del sujeto antes de lo que indican las condiciones determinadas por la especie, incluyendo sus secuelas. Esta condición puede ser diagnosticada, prevenida y tratada. Se trata de un campo interdisciplinario donde el Psicoanálisis lo explica y adjetiva a partir del concepto de inconciente y de los modelos transferenciales.

Acuerdo con estos autores en que a partir de la constitución de la subjetividad que conlleva una **representación social de la enfermedad**, en la que el sujeto es un consumidor de servicios más que protagonista del proceso de la cura, se propende a vulnerabilizar socialmente a los individuos. Por eso, el cambio implicaría una transformación no solo a nivel individual sino contextual.

## 2. Síndrome de Burnout

**Albanesi, Tifner, Nasetta (2005)**. “Estrés laboral en los profesionales de la salud”. Revista de la Asociación Odontológica Argentina. Volumen 93. N° 2.

Las autoras realizaron una investigación exploratoria, transversal y no experimental, en el ámbito hospitalario y privado con una muestra de 50 médicos y 42 odontólogos.

Utilizaron el Test de Maslach y Jackson (1981/1986) para relevar la existencia de Síndrome de Burnout. Extrajeron como resultados que los médicos presentan mayor

cansancio emocional y despersonalización que los odontólogos, en los que aparece mayor realización personal en su trabajo. De todos modos, la práctica odontológica es citada como actividad muy distresante a causa de las exigencias de la relación interpersonal, el ambiente de trabajo y las condiciones sociales. Consideran la prevención como indispensable para evitar el Síndrome de Burnout, proponiendo medidas autoprotectoras a nivel personal, que incluyen pensar en los motivos que llevaron a la elección de la profesión, el trabajo en equipo, para evitar la sobrecarga de responsabilidades y tener en cuenta la calidad de vida en todos sus aspectos como así también disponer de espacios de reflexión sobre la tarea con colegas. “La salud de los que curan” debe ser una preocupación importante de la sociedad.

Aquí vemos un planteo procedente de la Odontología en base a la autoobservación como comunidad profesional. La propuesta de reflexionar a nivel grupal con otros colegas es una forma muy adecuada para poder desnaturalizar y evitar los factores traumáticos que la actividad contiene. También estoy de acuerdo en promover la concientización en la población sobre los niveles de stress a los que los profesionales estamos expuestos.

**Beker E, Benedetti C (directoras)** Revista CLAVES Hacia la Interdisciplina. N° 8. Grupos Balint. [www.elmurocultural.com/claves/balint](http://www.elmurocultural.com/claves/balint)

Este artículo comienza con una breve reseña histórica sobre Michael Balint, analizado y discípulo de Sandor Ferenczi, que en 1950, en Estados Unidos, crea este dispositivo grupal ante las necesidades de los familiares de soldados fallecidos o mutilados en la Segunda Guerra Mundial. Luego profundizó la técnica trabajando con grupos de médicos (de no más de 20 integrantes), con dos coordinadores. Los cursantes relataban situaciones conflictivas de su práctica profesional, que eran abiertas al grupo para su discusión y posterior elaboración de estrategias, en busca de soluciones. Los coordinadores realizaban el **diagnóstico situacional** de la experiencia relatada por un integrante, a partir de los emergentes grupales y con el intercambio teórico clínico con los cursantes.

La discusión se centraba en los avatares del encuentro entre el profesional y el paciente o sus familiares.

El grupo tenía continuidad en el tiempo (uno o más años).

Los objetivos de esta técnica son:

- Reconocer el lugar no neutral del profesional en el desempeño de sus actividades.
- Reconocer los obstáculos del profesional con su tarea como prevención de la iatrogenia en el ejercicio profesional.
- Analizar la dinámica grupal, sus dificultades y su riqueza, como modelo de aprendizaje del pasaje del trabajo multidisciplinar a la integración de equipos interdisciplinarios.
- Poner en práctica una metodología de trabajo interdisciplinario que procura satisfacer las necesidades actuales de los profesionales: Burnout; prevención de la mala praxis; etc.
- Desarrollar teórica y prácticamente los conceptos fundamentales para el trabajo en equipo.
- Con los aportes de los integrantes se aprende a articular los diferentes lenguajes disciplinares, consensuar, disentir.
- Se ejercita la posibilidad de entender la problemática de los colegas y de verse a sí mismo, a partir de la mirada del otro.

#### Dificultades para alcanzar un trabajo interdisciplinario

“Habría dos niveles de dificultad: las provenientes de las disciplinas y las que provienen de los profesores que ejercen dichas disciplinas. En relación a las primeras, significa un obstáculo que cada disciplina se considere una “**isla académica**” o que la formación sea atomista, positivista, reduccionista o totalizadora. En cuanto a las segundas, se plantea una dificultad cuando cada profesor cree que el corpus teórico de su propia disciplina es el más eficaz para explicar el problema”. Aquí intervienen factores de poder y de dominios de saber, según las teorías de Michel Foucault, que influyen en los docentes desde las instituciones.

Los autores definen la multidisciplina como el ejercicio aislado y estanco de cada disciplina, oponiéndole el modelo interdisciplinario como la integración de saberes entre distintas ciencias. El aporte del Psicoanálisis grupal que representa los Grupos Balint, demuestra la posibilidad de que los profesionales de distintas ciencias accedan al enfoque interdisciplinario y de esta manera puedan ampliar y complejizar su visión de las

problemáticas que se les presentan en el ejercicio de su profesión, así como verse a sí mismos desempeñándola desde una perspectiva crítica.

**Bello María, Felner Graciela.** (2001) *Burn Out: Efectos en los equipos de salud. Figuras de lo traumático.* AEAPG.

El síndrome afecta a profesionales que trabajan intensamente en contacto directo con otras personas sufrientes, ocasionando ausentismo laboral y pasaje a tareas pasivas en las instituciones. Comenzó a estudiarse en la década del 70.

Edelwich y Brodsky (1980)

“Progresiva pérdida del idealismo, energía y propósito que experimentan profesionales que trabajan ayudando a otras personas como resultado de sus condiciones de trabajo”.

Maslach (1981)

“Está caracterizado por que el profesional se siente emocionalmente exhausto, despersonalizado e incompetente y/o con registro de reducción de logros laborales”.

Farber (1983)

“Es el resultado de stress excesivo, último paso en la progresión de los intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales negativas. Es la respuesta ante el stress cuando los mecanismos de ajuste no funcionan”.

Síntomas del Burn Out

Síntomas físicos

Dolor de cabeza y/o estómago, presión alta, tensión muscular, problemas para dormir, cambio de hábitos alimenticios, facilidad para enfermarse, dificultades sexuales.

Síntomas Psicológicos

Irritabilidad, ataques de enojo o llanto, aburrimiento, cinismo, riesgos innecesarios, dificultad en toma de decisiones, accidentofilia, falta de concentración, ansiedad, olvidos, negatividad sobre uno mismo, disminución del interés por los pacientes, evitación del contacto, burocratización, alcoholismo o drogadicción, tabaquismo, conflictos interpersonales (familiares y en el trabajo).

### Grados de Burn Out

- 1° \_ Ocasional y de corta duración.
- 2° \_ Cansancio físico y emocional de mayor duración y recuperación.
- 3° \_ Síntomas crónicos y depresión.

El Burnout disminuye el rendimiento del equipo de salud y manifiesta efectos en la vida personal y de relación de los profesionales. En base a una encuesta y test de Hamilton realizados en un Hospital público de Infectología – SIDA, se extrae que los problemas visualizados son: institucionales, macro sociales, de comunicación (interpersonales), de jerarquías y roles, en la relación médico – paciente y sus familiares, en la identidad profesional, con respecto a mitos, creencias y prejuicios. Trabajaron en **grupos de reflexión** dos años, con un encuadre de 1.30 hora por semana en el hospital., para reflexionar acerca de sí, del rol y del campo de trabajo.

Las coordinadoras (psicólogas) dicen que ellas eran inducidas a operar sobre la urgencia, igual que los integrantes del grupo (médicos) debían hacer con los pacientes.

### Resultados:

Disminución de la dispersión y el cansancio, mayor integración del grupo, aumento de la confianza y de la solidaridad, mejoramiento en la organización del trabajo, cuidado del espacio colectivo, reconocimiento de las diferencias de género, profesión y antigüedad en el hospital.

### Recomendaciones para evitar el Burnout

- .- mantener un espacio instituido grupal que posibilite las relaciones interdisciplinarias y las reflexiones entre ellos.
- .- atención a la producción interdisciplinaria del equipo de asistencia, docencia, investigación, promoviendo el intercambio y la confrontación de los distintos paradigmas.
- .- salir de la opción dilemática: somos sanos y eficientes versus enfermos y fracasados.

Los autores comentan que en su experiencia se ve que el cambio se produce en el estado de alerta y conciencia que el equipo tenga acerca de estas cuestiones.

Pienso que este trabajo muestra la perniciosa, silenciosa y progresiva modalidad que caracteriza al Síndrome de Burnout, planteando la necesidad de desnaturalizarlo

institucionalmente, ya que no solo afecta al individuo sino que sus efectos se extienden a los pacientes, colegas, familiares, etc.

**Wolfberg Elsa (2003)** Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XIV.

La autora plantea que en la actualidad han emergido patologías ocupacionales, sobretudo en el personal de la salud que se engloban en el denominado **Síndrome de extenuación emocional burnout**, que afecta no solo la calidad de vida de los profesionales sino también su salud corporal. Este al principio toma formas leves que progresivamente se van agravando, al ser naturalizadas y no registradas.

Resalta, a propósito de esto, que las profesiones de la salud no tienen **protección legal** (más bien amenaza legal por mala praxis), señalando que “es necesario primero conocer que el dolor ajeno es un material infeccioso, tal vez radiactivo y el que los asiste no es inmune, a menos que sepa que debe crear anticuerpos específicos”. Esto se logrará en parte mediante el autocuidado pero también deberían las instituciones y el estado amparar y legalizar dicha protección. El Burnout se describe por tres ejes: cansancio emocional, despersonalización (desapego hacia el paciente) y pérdida de la eficacia laboral.

Una de las formas de prevención sería discernir qué demandas se pueden cumplir y cuáles están más allá de lo posible. Así como participar en la dinámica de redes y grupos de reflexión con colegas para procesar las problemáticas a nivel individual y grupal y poder disfrutar de la actividad profesional. Se destaca la necesidad de promover investigaciones sobre la salud de los profesionales para implementar un marco normativo de protección hacia éstos. Parte del engaño en que caemos los médicos y odontólogos, consiste en que el ejercicio de la práctica liberal crea la ilusión de no estar sujetos a los avatares comunes del trabajador y no tener que rendir cuentas a nadie. Amén de la defensa de autoidealización que produce sobreexigencia y una condición estoica en la modalidad de practicar la profesión, causante del desgaste emocional.

### 3. Odontólogos en interdisciplina

**Bravo Héctor, Corino Carolina, Falkinhoff Pablo (1999)** Cirugía Máxilofacial. Psicoprofilaxis quirúrgica, Una disciplina que interdisciplina. [www.odontología-online.com](http://www.odontología-online.com)

Los autores hablan de la consulta como momento de encuentro privilegiado para la escucha del paciente y así favorecer el éxito de la intervención quirúrgica. Relevan una serie de frases significativas de los pacientes en las consultas que ejemplifican la ansiedad y angustia que puede despertar la inminencia de un acto quirúrgico.

Citan a Arminda Aberastury en sus artículos sobre la dentición en niños y su significado. En relación al miedo, lo dividen en miedo irracional o inconciente (primitivo) y miedo iatrogénico. Destacan la diferencia entre miedo y ansiedad, siendo esta última la reacción generalizada de temor ante lo desconocido, universal a todos los seres humanos, en cambio, el miedo sería específico y dirigido a un objeto. La angustia está relacionada a una expectativa. En cuanto al trabajo interdisciplinario, plantean que el psicólogo ve al “cuerpo que habla” mientras que el odontólogo/médico/cirujano, observa lo somático; y que no se trata de crear una ilusión de unidad con respecto al discurso psi y al discurso médico y sus respectivos saberes sino de poder **sostener la tensión entre los mismos y ofrecer un encuentro.**

La Psicoprofilaxis no cura la enfermedad orgánica ni salva de la operación, pero posibilita mitigar, mejorar, contener, otorgar sentido a la situación para el enfermo y abrir un espacio para que se pueda poner en palabras lo que siente frente a la operación. Si la información del profesional es unidireccional, no habrá participación del paciente, en cambio, si se procura un “ida y vuelta”, habrá una real comunicación entre ambos.

**Bustamante Alberto (2005)** “Calidad de vida y Odontología”. Capítulo 7. Calidad de vida (La relación biopsicosocial del sujeto). R. D’Alvia compilador. Lugar editorial.

El autor define “Calidad de vida” como la relación adecuada entre los proyectos del sujeto y sus posibilidades de realización. Plantea una serie de parámetros para evaluarla y recomienda no homogeneizar fórmulas, respetando las condiciones subjetivas de cada



individuo. Lo que implica considerar la etapa vital del individuo, la zona donde vive, el nivel intelectual, etc. En relación al área salud, sostiene que la Medicina no solo debe proveerla sino también prevenirla.

Reflexiona también sobre la calidad de vida del odontólogo en el pasado y en la actualidad, donde la caída socioeconómica de la profesión promueve la inclinación a la clínica quirúrgica y restauradora, que es más redituable, en desmedro de la preventiva. Expone sus ideas sobre las concepciones que la sociedad tiene del odontólogo y del tratamiento, como las implicancias históricas y psicológicas de las enfermedades de la cavidad bucal y cómo estas son vividas por el sujeto.

En cuanto a la relación paciente – odontólogo, sostiene que ha cambiado en el imaginario social la modalidad del profesional que detenta el saber y el poder, situando al paciente en un rol pasivo.

Hoy la relación se ha simetrizado y contiene diferentes características, por lo que el odontólogo debe estar preparado para comprender las situaciones vinculares y poder intervenir adecuadamente. Asimismo, opina que habría que establecer objetivos en forma consensuada entre las expectativas y posibilidades del paciente y lo que el profesional proyecta como plan de tratamiento. Por eso, destaca la necesidad de que el paciente cuente con la escucha receptiva del odontólogo, pudiendo participar en la toma de decisiones y de esta manera pasar de una relación infantil a otra más adulta donde haya intercambio.

Vemos que el autor denota interés en considerar otros aspectos del paciente y del profesional además de los técnicos odontológicos, lo que indica que puede ampliar su campo de abordaje terapéutico sin disminuir la excelencia de la técnica profesional. Ya el hecho de escribir en un libro psicoanalítico, nos habla de una perspectiva integradora que apunta a visualizar al paciente como un sujeto total.

**Gómez Alicia (2007)** “Prevención psicósomática en Odontología”. Oeste informa. Revista de la Asociación Odontológica del Oeste. N° 232 (Mayo) y 233, (Junio).

En este artículo hago un cuestionamiento a situaciones naturalizadas por el odontólogo en la clínica, donde se disocia al paciente, viéndolo como objeto parcial y perdiendo de vista al sujeto total.

Hablo de ansiedades, aspectos emocionales alterados y reacciones diversas ante lo traumático, tanto en el paciente como en el profesional. Detallo también, modalidades de lo psíquico que pueden aparecer en la clínica odontológica, desde una perspectiva psicoanalítica, y reflexiono sobre los aspectos emocionales que se movilizan en la relación paciente – profesional, sobre los cuales, si el odontólogo no ha adquirido conocimientos en su formación, lo dejarán expuesto al Síndrome de Burnout y a posibles querellas del paciente que pueden llegar a instancias judiciales. De este modo, sugiero formas para evitar estos riesgos, considerando los parámetros de calidad de vida y partiendo de la conveniencia de realizar una correcta evaluación del paciente al inicio del tratamiento odontológico.

**Gómez Alicia (2007)** “Pensando la Alianza paciente – profesional”. Boletín Informativo – Nº 3. Colegio de Odontólogos de la Provincia de Bs. As. Distrito III

Este artículo trata sobre la importancia de poder comprender la relación terapéutica desde la singularidad de cada paciente y de acuerdo a la relación intersubjetiva.

Se habla de un vínculo a doble vía donde el poder puede fluctuar entre ambos pero que generalmente cuenta con un paciente en estado de desvalimiento que requiere una actitud contenedora y comprensiva por parte del odontólogo, apuntando a no incrementar la situación traumática por desconocimiento y falta de recursos para resolverla. Ayudar al paciente a historizar la situación odontológica es una forma de hacer prevención psicoterapéutica y además evitar síntomas orgánicos y anímicos en el mismo profesional. Ejemplifico con un caso clínico.

El aporte psicoanalítico a toda relación entre paciente y profesional, se basa fundamentalmente en los conceptos de **transferencia** y **contratransferencia** freudianos, entendiendo la primera como los sentimientos que surgen en el paciente, apoyados en fantasías con vínculos significativos infantiles y actuados en la relación con su profesional. La transferencia es sintomática desde que repite con insistencia, en forma inconciente, dichos modos vinculares. La contratransferencia aparece como sentimientos que surgen en el profesional como respuesta a la transferencia del paciente, pudiendo favorecer o entorpecer el vínculo. Si bien ambos conceptos se refieren a la clínica psicoanalítica, tomamos el aporte del Psicoanálisis como préstamo para comprender la relación paciente – profesional en la clínica odontológica.

Se apunta a lograr que se establezca una relación real, no distorsionada, que puede llamarse **alianza terapéutica**, donde se constituye un compromiso mutuo, implícito o explícito de sostener las condiciones necesarias para lograr la optimización del tratamiento.

### **Articulación entre Odontopediatría y Psicoanálisis**

**Aberastury Arminda (compiladora) y col. (1978)** El Psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. Paidós. 3era edición.

Desde la década del 50 hasta la del 70, Arminda Aberastury y un grupo de psicoanalistas, realizaron una articulación interdisciplinaria en la Cátedra de Odontopediatría de la Facultad de Odontología (UBA), a cargo de la Dra. María Inés Egozcue. En 1951, a partir de un artículo de Aberastury en la Revista Odontológica Argentina, varios odontólogos se interesaron en conseguir la formación en Psicología y Psicoanálisis de niños, ya que las angustias que el tratamiento producía en estos requerían de técnicas especializadas

La intervención de los psicoanalistas se inició a raíz de la imposibilidad para tratar por métodos convencionales a algunos niños, cuya alternativa consistía en aplicarles anestesia general. Se implementaron grupos psicoterapéuticos de niños y otros de acompañantes (familiares que llevaban a los niños). Se fue ensayando hasta que la dinámica consistió en trabajar con los grupos **en forma simultánea al tratamiento odontológico**, utilizando para ello la técnica psicoanalítica de interpretación del juego. Esta estuvo dirigida puntualmente a conseguir la adaptación del niño al tratamiento odontológico. Los acompañantes trabajaban en sus grupos las resonancias que el tratamiento de los niños, tenía en ellos.

**Díaz Pisán M.E. (2004)** “Cómo lograr la óptima colaboración del niño en el consultorio dental”. Docente de Estomatología del niño y adolescente. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Revista de la AOON. Volumen 33. N° 4.

El propósito del estudio es evaluar la conducta del niño durante el tratamiento odontológico mediante técnicas no farmacológicas y ver el grado de satisfacción respecto al tratamiento. Se tomaron 25 niños en la cátedra entre 3 y 9 años con diagnóstico de caries y pulpitis. Se concluye que las técnicas no farmacológicas logran reducir la ansiedad y contribuyen a la colaboración del niño a partir de una óptima relación paciente – profesional. Se utilizó el Test de Satisfacción del tratamiento dental de Tarnowsky y Sirmonia, que dio una satisfacción positiva en la muestra de niños.

**Egozcue María Inés, Manfredi Clelia, Basso Martha. (1988)** “Odontopediatría y Psicología”. Editorial Karkiegan.

Las autoras sostienen que el conocimiento psicológico del niño, aportó a la Odontopediatría la posibilidad de abordar al paciente como sujeto total en crecimiento y no como un adulto en miniatura, como se consideraba antes. La cátedra sostiene una “**manera odonto-psicológica**” de atención. El trabajo interdisciplinario con la Psicología apunta a conocer la conducta del niño para poder manejarlo en el quehacer odontológico, que ya es difícil de soportar para el adulto y más para el niño. En marzo de 1969, se forma un grupo interdisciplinario en la cátedra, cuyo marco conceptual se basa en la idea de que el niño se pueda atender en cualquier consultorio pero con los recaudos necesarios de higiene mental.

La **Odontología** es una ciencia pragmática mientras que la **Psicología** es una ciencia del conocimiento del hombre. El **Psicoanálisis** es una vía para la comprensión de la conducta y da las claves para el manejo de la ansiedad. En relación a la Odontopediatría, en la medida que avanza la prevención, disminuye lo traumático de la sesión odontológica.

**Egozcue, Manfredi, Basso. (1988)** Capítulo 27. Prevención del miedo al dentista.

Dentro de las causas del sufrimiento del paciente, se citan:

- 1) básica (inconciente) primitiva y universal. Este miedo es irracional.
- 2) contingente agregado por el odontólogo. Miedo iatrogénico (se explicará abajo).

La vertiente psicológica de la boca y los dientes nos habla de su importancia desde el primer año de vida. **Hay huellas psíquicas de las experiencias vividas** desde que aparecieron los

dientes, que pueden teñir de crueldad el acto odontológico. El niño lo puede expresar con rechazo, el adulto, en cambio, alejándose del tratamiento o con conductas irracionales.

Según Arminda Aberastury, estas reacciones son fobias por la desproporción entre objeto fóbigeno y la realidad (distorsión: ansiógena).

Miedo iatrogénico:

El tratamiento odontológico requiere la participación voluntaria del paciente, abriendo la boca por un tiempo determinado, en quietud, permitiendo acciones con instrumentos ruidosos, cortantes, metálicos. El ruido se amplifica en el cráneo como caja de resonancia; además hay un sometimiento al profesional (situación médica) y se le agrega la riqueza psicológica de la boca. En base a esto, pueden aparecer fantasías y el odontólogo agravarlas al no tener en cuenta al paciente como sujeto total y ver solo el diente. Muchas veces el niño se somete para que no aparezcan fantasías crueles.

La prevención se implementa considerando que tanto en el niño como en el adulto, subyacen ansiedades inconcientes que se movilizan frente al odontólogo y las intervenciones. Algunas medidas preventivas son: dar explicaciones claras, no engañar, dar consignas de lo que se hará y cumplirlas.

**Luis Nora, Arrigó D, Sabelli M.J. (2003)** “La observación como estrategia para la formación de aspectos psicológicos en la Odontología para niños”. Revista de la AAON Volumen 32. N° 4. 12.

Las autoras pertenecen a la Cátedra de Psicología aplicada a la clínica odontológica. Facultad de Odontología. Universidad Maimónides.

Este artículo trata sobre la observación de niños con la finalidad de capacitar a los estudiantes de Odontología, así como ayudarlos a integrar las conceptualizaciones teóricas con la clínica.

También se trabaja la vivencia particular del estudiante con la experiencia. Se realizan observaciones en jardines de infantes, clubes, hogares, siendo algunos de los resultados, que las mujeres cursantes demuestran mayor interés en el tema. Esto se asocia con las representaciones culturales en la construcción social de género.

**Lustig de Ferrer Susana. (1988)** Capítulo 4 “Fundamentos básicos de Psicología profunda para la comprensión del paciente odontopediátrico”.

La interacción entre lo somático y lo psicológico se comprende a partir del descubrimiento de Freud de la estructuración del aparato psíquico y de sus niveles de funcionamiento: Inconciente, Preconciente y Conciente. El conocimiento de esto nos permite comprender mejor como funciona y se comporta el sujeto

para implementar la actitud terapéutica.

Freud desmitifica la noción de “paraíso infantil” de la Psicología de su época. Las vivencias traumáticas en la infancia pueden quedar a nivel inconciente y una **experiencia odontológica traumática en la infancia, puede predisponer negativamente a ese futuro adulto.**

En cuanto a la etapa libidinal oral, entre el nacimiento y un año, es de destacar la jerarquización de las reminiscencias de la misma en el tratamiento odontológico.

#### Situación traumática:

Incidencia de una vivencia psíquica o física de tal envergadura que no puede ser elaborada adecuadamente, dejando una huella conflictiva en el psiquismo. **Como el estímulo es brusco no permite que el sujeto se prepare para el impacto.** En Odontología, una interacción que no contó con una preparación adecuada, puede ser una situación traumática.

#### Angustia de castración:

Temor universal de todo ser humano al ataque a su aparato genital. **Las intervenciones en la boca se homologan al ataque a los genitales.**

#### Situación elaborativa:

Tiempo necesario para neutralizar las huellas del impacto traumático.

- Previo al evento: motivación o preparación.
- Posterior: luego de la experiencia.

Es importante ver al paciente desde un enfoque integral: etapa evolutiva, estructura de su aparato psíquico, niveles de funcionamiento y **detectar qué intervención tendrá significado traumático para determinado paciente.**

**Lustig de Ferrer Susana. (1988)** Capítulo 6. “Nociones de Psicopatología del niño y del adolescente para odontopediatras”.

Que el odontopediatra encare la atención del niño con un criterio integral psicosomático, permite evaluar estrategias para el tratamiento y decidir si se necesitará una intervención interdisciplinaria para el mismo.

Es importante realizar la evaluación del comportamiento irregular, teniendo en cuenta: edad cronológica, etapa evolutiva, ansiedades básicas y defensas que se estructuran para encubrir estas ansiedades. Los emergentes serán los síntomas resultantes del conflicto intrapsíquico.

La autora presenta una clasificación tomada de “Normalidad y patología en la infancia” de Anna Freud, en base a la cual, categoriza los distintos tipos psicopatológicos que pueden presentar los pacientes infantiles. Dichas patologías se reconocen en base a una historia clínica, observación del paciente en el consultorio y a partir del diálogo con él. **Se puede dar que una neurosis se diagnostique en oportunidad de un tratamiento odontológico**, en cuyo caso, se les dice a los padres que lleven al niño al psicoterapeuta. En los niveles más graves, la atención debe ser compartida en forma de interconsultas. El psicoterapeuta puede reunirse con el odontopediatra periódicamente para discutir los casos difíciles. También se puede hacer en forma de “grupos Balint”.

**Lustig de Ferrer Susana. (1988)** Capítulo 12 “Primer grupo psicoterapéutico de niños”.

La Dra. Ferrer crea el primer grupo a partir de evaluar las historias clínicas de los niños que eran enviados a anestesia general. Sugiere que se los trate con anestesia parcial y que concurran al grupo psicoterapéutico en la cátedra.

Informa acerca de este tema que la anestesia es traumática porque evoca una muerte parcial, también por la pasividad que requiere, abolición de reflejos defensivos y sometimiento a la intervención del operador. Los niños que no abrían la boca habían tenido situaciones traumáticas previas de cirugía general u odontológicas. Los grupos duraban un

mes con una frecuencia de 2 horas semanales y la técnica utilizada, era la interpretación del material de juego.

M.I. Egozcue implementa la técnica del espejo de mano, que se le ofrece al niño para que mire su boca durante el tratamiento y **para que compruebe la veracidad de lo que le anticipara el odontólogo.**

En los casos en que no pudo hacerse esta motivación, se preparó a los niños en una sesión previa donde se les explicó lo que se les iba a hacer y con el material lúdico pudieron expresar la ansiedad (interpretación). Además se incluyó una sesión psicoterapéutica.

#### 4. Autores conceptualizando la Interdisciplina

**Beker Ester, Benedetti Cristina y Goldvarg Norma.** Interdisciplina. [www.elmurocultural.com](http://www.elmurocultural.com) Revista CLAVES para el trabajo interdisciplinar N° 6,7, 17 y 18.

Las autoras hablan de los equipos interdisciplinarios de la salud, donde para que se alcance la integración es necesario que los profesionales no trabajen en compartimentos estancos sino formando una red y construyan entre todos un saber compartido. Dentro de las dificultades que encuentran para la interdisciplina, citan que cada ciencia tiene sus propios modelos, que son construcciones del investigador sobre un fragmento de la realidad y por lo tanto, arbitrarias. **El problema es confundir modelo con realidad.** También dicen que los profesionales suelen luchar por plantear la legitimidad de su disciplina para abordar el problema. El desafío para la interdisciplina es también **poder soportar los espacios en que las ciencias no articulan** y poder ir dando respuestas. Si los profesionales pueden entender que existe otra perspectiva acerca del padecimiento, los límites se flexibilizan y la mirada puede pasar a ser más contextual y tolerante con la diversidad.

El trabajo en equipo implica **repensar la territorialidad de nuestra práctica** y tomar conciencia de que el lugar de saber que nos otorga, puede ser utilizado como factor de poder y control sobre colegas y pacientes. El diálogo interdisciplinario aspira a ser apertura, enriquecimiento, complementariedad: “la nueva alianza”, según Prigogine y Stengers.

En relación al carácter preventivo de la interdisciplina, las autoras nos señalan que la posición de ellas tiene como objetivo habilitar en el profesional herramientas de observación que le permitan dar significado a los acontecimientos que dentro de la situación



médica, abordada desde el modelo biomédico tradicional no serían consideradas, pues se le adjudicaría falta de validez científica. Un profesional adiestrado a considerar con una mirada abierta la complejidad de las situaciones humanas, está capacitado para registrar lo que le acontece a la persona que consulta.

Presentan el “modelo clínico situacional” que desde el año 1990 introdujeron en la formación del futuro profesional, donde éste debe tener en cuenta que no es solo el conocimiento científico que aprendieron en su formación universitaria lo que interviene en el acto médico, sino también los factores físicos y emocionales de los profesionales dentro del contexto social e institucional.

**Braceras Diana.** Psicoanálisis y medicina: Al filo de la vida. Experiencias interdisciplinarias. Selección de escritos. [www.cancerteam.com.ar](http://www.cancerteam.com.ar). Lic. En Psicología UBA. Docente del Departamento de Salud Mental y asesora pedagógica en la Segunda Cátedra de Farmacología. Facultad de Medicina UBA.

La licenciada Braceras, integra un equipo interdisciplinario de oncología junto a médicos y nutricionistas que se promociona por esta página web. Se interroga sobre diversos aspectos de la interdisciplina entre Psicoanálisis y Medicina, como el pensar qué cambia en cada disciplina a través del trabajo conjunto; si la Medicina está en condiciones de interrelacionarse o actúa de modo hegemónico, permitiendo a otras ciencias solo cubrir aquello que desestima o desconoce en relación al cuadro a tratar. Si pueden ambas ciencias **tolerar la falta estructural** que producen los límites de cada una pero que posibilitan la autocrítica, superación de obstáculos, la interrogación, etc.

El problema que presenta en estos escritos es el de la relación entre cuerpo orgánico y cuerpo erógeno en las situaciones prácticas específicas que atañen al campo de la Medicina. Para esto, plantea que la colaboración con el otro debe ser lo más **democrática** posible y no guiarse por la “teoría del descarte: descartado lo orgánico, debe ser psicológico”, cuyo efecto es la derivación con la consecuente resistencia y defraudación del paciente. Los motivos de ambas ciencias para interactuar son la resolución e investigación intrínseca a su disciplina pero usando para ello el vínculo con la otra (recontraimplicación). Plantea también que no hay una práctica interdisciplinaria capaz de articular Medicina y Psicoanálisis como un “esperanto consensual”, sino que aparece un punto de contacto que es

lo subjetivo y lo biológico, de modo que una ciencia y otra se suplementen. Este encuentro es contingente. Además se plantea que sostener este tipo de implicación práctica depende de la posición subjetiva de cada miembro del equipo en lo personal e intelectual, aceptando la confrontación y la crítica entre colegas. Es tarea del investigador registrar lo que no comprende, oponiéndose a la actitud militante de tomar en cuenta solo lo que se entiende y aprueba. Es fundamental para esto el sostén afectivo, el respeto y el esfuerzo de transmisión de las propias dudas, por lo que se ve facilitado si los miembros del equipo realizan análisis personal donde puedan tramitar su problemática particular y elaborar angustias de muerte con la caída de la omnipotencia.

■ **D'Alvia Rodolfo et col (2002)** De la Psicósomática al Psicoanálisis. Ida y Vuelta. Capítulo 9. Ed. Dunken.

■ D'Alvia nos dice que la integración de la Psicósomática al Psicoanálisis puede ser un **modelo donde se incluya el cuerpo alterado en la teoría y clínica psicoanalítica**. Apunta a “centralizar lo que en los paradigmas vigentes ha ocupado un lugar marginal”. La alteración somática fue explicada por el Psicoanálisis desde la noción de cuerpo erógeno, las neurosis actuales y la conversión, para dar cuenta de estos fenómenos. Pero el concepto de aparato psíquico permaneció inalterable. Por ejemplo, la noción de **imagen corporal** desapareció del pensamiento psicoanalítico y fue tomado por la Psicósomática Psicoanalítica para ampliar el entendimiento de la relación mente - cuerpo.

■ El autor sostiene que el trayecto entre lo emocional y lo somático es muy breve y directo, sobre todo en los primeros años de vida, donde el bebé desvalido con un psiquismo incipiente se fusiona a los padres que funcionan como aparato de pensar (identificaciones primarias).

■ También nos habla de la **construcción cultural de la enfermedad**, que sería una noción amplia a nivel contextual de la aparición de las distintas patologías en grupos sociales (**sickness**). Por otro lado tenemos el concepto de **disease**, referido a los síntomas como desórdenes químicos tisulares, siendo estos objetivables y clasificables desde lo biomédico. En base a estos dos términos se realizan las clasificaciones nosográficas. En cambio, el concepto de **illness**, significa el padecimiento que el sujeto tiene de su dolencia (subjetivación).

Asimismo, esta diferenciación, nos permite ver el impacto que tiene la enfermedad orgánica en el psiquismo (somato-psíquico) y cómo el paciente la sobrelleva.

La Psicósomática también se ocupa de la experiencia de la enfermedad en el vínculo médico – paciente a través de **ampliar la escucha desde la teoría psicoanalítica que fundamentalmente incluye la subjetividad**. D'Alvia define la Interdisciplina como “la relación entre variados puntos de vista, aspectos y procedimientos que tienden a construir un espacio y un objeto nuevo de conocimiento al que aportan, integrándose y a la vez diferenciándose las disciplinas intervinientes (mantenimiento de la identidad)”. Propone el término *enlace* para el tipo de funcionamiento interdisciplinario. “El acto médico así concebido, está integrado por realidades diversas que interactúan y se da en las fronteras de la medicina, de la psiquiatría y del psicoanálisis”. Concluye que **toda enfermedad es potencialmente traumática** y se manifiesta como una pérdida parcial de la representación de sí mismo, o sea como una injuria narcisista, que muchas veces genera dificultades para la reparación.

**Eydelsteyn Silvia, Rusconi, Carlos (2000)**. Efectos de la Interdisciplina en pacientes con afecciones psicósomáticas. IV Jornada Interdisciplinaria. AEAPG.

Lo importante es que los profesionales de la salud, cualquiera sea su especialidad, **sepan escuchar al paciente como una totalidad**. Se preguntan si aún estará en vigencia el dualismo cartesiano, ya que la necesidad de un profesional de estudiar solo una de las facetas del ser humano, llevó a que éste sea atendido por distintos especialistas, cada uno concentrado en su campo exclusivo.

Y se responde que tal vez sea la Interdisciplina **un intento de reconstruir al sujeto**, de pensarlo como una totalidad. También se podría pensar como un intento de reestablecer las ligaduras entre profesionales.

El médico busca la génesis biológica de la enfermedad y el psicoanalista la subjetividad. Lo interdisciplinario logra acuerdos entre profesionales en las estrategias para tratar al paciente. Para esto, el médico tiene que aceptar la existencia y acción de lo psicológico en el paciente y el psicólogo la existencia de lo biológico.

En la articulación se irá constituyendo un objeto completo que confluirá en un abordaje complejo y estructural del paciente. Habría que observar qué relación existe entre

la disociación cuerpo-mente del paciente con la disociación que tengan el médico o el psicólogo y cómo éstas pueden potencializarse.

Estos autores plantean la **escucha del paciente en forma integrada por ambas disciplinas** como medio de evitar la tendencia a reproducir en el vínculo con el paciente, la disociación cuerpo-mente, tanto del médico como del psicólogo.

**Galende Emiliano (2008)** Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. (10, 11, 12). Lugar editorial.

El autor reflexiona sobre la acción de los psicofármacos en relación al síntoma psíquico, expresando que desubjetivan y silencian los afectos que acompañan al conflicto y que en definitiva juegan a favor del síntoma y su permanencia, ya que impiden que el sujeto actúe con conciencia sobre las contradicciones de su deseo. Además representan la “solución fácil” que exime de todo esfuerzo y responsabilidad con respecto al propio malestar, contribuyendo a incrementar el dominio médico sobre estas problemáticas.

Esta oferta de solución rápida y aparentemente fácil proviene en gran medida de la cultura mercantilista, que logra consolidar al hombre como consumidor a través de complejas estrategias para generar el ideal de la inmediatez y la eficacia. El anhelo de desobjetivación, de un existir eliminando el malestar de la vida, es lo que el autor denomina: La ilusión de no ser.

La opción de indicar la ingesta de psicofármacos por el odontólogo al paciente con cuadros de ansiedad incrementada ante el tratamiento, es y fue elegida como una importante alternativa de eficacia, sobre todo cuando se hiper medicaliza o se reitera modelo. Esto significa no solo un menor esfuerzo del paciente sino también del profesional, que prefiere acallar la sintomatología psíquica que puede manifestarse en la consulta a la realización de medidas psicoprofilácticas (para lo cual tiene que formarse) que conduzcan a atenuar y permitir la elaboración conjunta de la situación potencialmente traumática.

**Klimovsky, Gregorio (2000)**. El hacer del psicoanalista en las instituciones. Efectos de la Interdisciplina. IV Jornada Interdisciplinaria. AEAPG.

En la actualidad, la unidad de análisis no es la disciplina sino la teoría. Porque una disciplina puede tener gran cantidad de teorías, algunas apenas vinculadas entre sí. Por ejemplo, en Psicoanálisis, todas las teorías comparten la admisión del Inconciente, pero varían en concebir cómo funciona el aparato psíquico y de qué tipo de Inconciente hablamos. Hoy día, **quien no se preocupa de tener la información interdisciplinaria va a actuar con un espectro muy estrecho** y esto conlleva un riesgo de equivocación o esterilidad. La Interdisciplina permite descubrir las distintas variables de lo que se está estudiando, y éstas pueden pertenecer a otras disciplinas.

Creo que Klimovsky apunta a que muchas veces, los problemas intradisciplinarios obstaculizan posiciones de extensión al aporte de otras ciencias, produciendo déficits en el bagaje conceptual de cada campo disciplinario.

**Koatz S, Lenarduzzi H.** (1995) Interdisciplina: Del pensamiento a la acción. Mención especial en el concurso "Premio Bléger". APA.

El pensamiento interdisciplinario es indispensable en el momento del desarrollo actual de las ciencias ya que la acción interdisciplinaria permite un abordaje completo de la problemática, compartiendo responsabilidades. Es necesario **superar las diferencias epistemológicas** e integrar los distintos enfoques conceptuales en pos de aunar esfuerzos para promover la salud.

Las autoras mencionan la siguiente clasificación de modalidades:

1.- Modelo disciplinar: Basado en que cada ciencia mantiene su saber bien diferenciado y excluyente de las otras. Aquí existen las máximas diferencias.

Es el momento en que se configura la **identidad de la disciplina** sosteniéndose en ideales de completud. Solo se utiliza la derivación del paciente, sin feed-back (retroalimentación).

Aunque en este modelo, en el área de la Salud, **no hay enfermos sino enfermedades**, el profesional se compara con el hechicero de la tribu, a quien se le atribuye un saber total. Pasar de la variable estática a la dialéctica, cuestionarse el propio saber y poder, aceptando el desconocimiento de ciertos temas, podría ser el camino que guíe al profesional hacia el modelo interdisciplinario. No obstante, este último puede generar situaciones paranoides por las cuales el profesional teme perder al paciente.

2.- Modelo multidisciplinar: Basado en la presencia simultánea de varias disciplinas diferentes para ocuparse de un mismo problema **sin que haya entrecruzamiento**. Cada profesional da una respuesta desde su ciencia. Esto se activa cuando entre ellos conocen los recursos de las otras ciencias y pueden pensarlos (diagnósticos diferenciales para elaborar estrategias clínicas). Sería enfocar al objeto desde múltiples puntos de vista, pero sin interacción efectiva.

3.- Modelo interdisciplinar: Aquí existe **interacción y cruzamiento entre disciplinas**. Es un interjuego de especialidades en un espacio común donde los saberes circulan en forma dialéctica, que se desarrolla en el terreno de lo **intersubjetivo**. Para efectivizar este modelo deben poder tolerarse las diferencias, la incertidumbre y el representante de cada disciplina debe tener conocimientos de las otras, es decir, entender la jerga. Se pasa de la causalidad lineal a la espiralada, que implica una primera **ruptura epistemológica**.

El narcisismo individual atenta contra esta variante ya que el saber tiránico debe ser reemplazado por la escucha respetuosa y atenta de la problemática del paciente, introduciendo la función simbólica, que triangula la relación del profesional con su paciente. La Interdisciplina representa de este modo, una salida exogámica donde **el paciente pasa de ser objeto de estudio a sujeto del sufrimiento**. La pérdida de unicidad en la disciplina estaría compensada por el incremento de la creatividad (aumentan los recursos del profesional).

#### Problemas de la Interdisciplina

Resquebrajamiento del ideal de completud; fantasías de robo de campo, esfuerzo por lograr un lenguaje técnico compartido, devaluación conceptual para hacer accesible el lenguaje a la comprensión de los otros.

#### Psicoanálisis e Interdisciplina:

El Psicoanálisis clínico necesita un encuadre específico, por lo tanto, en la interacción con otras disciplinas solo hace **Prevención**. Esto **favorecería la indagación de las motivaciones psicológicas inconcientes**, apuntando a modificar potenciales situaciones traumáticas a través de la comprensión de lo que ocurre y permitir la reflexión en lo que se hace para no caer en la ansiedad. De esta forma, se podrán evitar estancamientos producidos por encierros teóricos narcisistas del propio saber. Esto colaboraría a desplazar el discurso médico que fija salud a lo normal, hacia la singularidad de cada paciente.

Vemos, en este trabajo una exhaustiva mirada sobre la problemática de la Interdisciplina, aportando nociones del **pasaje del narcisismo de la propia disciplina a la acción intersubjetiva** en un movimiento dialéctico espiralado, donde es posible comprender al sujeto desde ambas perspectivas integradas.

**Labourdette Sergio (2007).** Clases del Seminario de Semiología Social de la Maestría en Psicoanálisis de UNLAM y AEAPG.

En una determinada disciplina, el individuo adquiere un espacio de conocimiento pero también un **disciplinamiento**. Se podría citar, de esta forma, la polisemia del concepto disciplina. A partir de esto, existe temor a salir del conocimiento seguro, aunque esto signifique una paradoja. La hiper especialización atenta contra el desarrollo del conocimiento científico. En relación al metalenguaje, sería el lenguaje de lenguajes.

Cada disciplina tiene su **metalenguaje**, es decir, crea códigos propios que le otorgan especificidad. También nos aporta el autor que la principal dificultad existente para una interdisciplina entre ciencias naturales y ciencias sociales, es que las primeras se rigen por leyes mientras que las segundas no, lo que produce una tendencia divergente en los enfoques de abordaje del objeto de conocimiento.

**Lorenzano Julio C. (1996)** La estructura del conocimiento científico. Capítulo 2: El método hipotético – deductivo. (50) Editorial Zavalía.

El autor sostiene que la ciencia en general contiene un lenguaje informativo, que como tal puede ser verdadero o falso y se diferencia de otros tipos de lenguaje como las interrogaciones, órdenes o expresión de emociones. El lenguaje científico no es lo que se piensa o cree, sino lo objetivo, lo que se comunica. Esta premisa conduce a evitar el subjetivismo o el **psicologismo**.

Considero necesario tener en cuenta lo que expresa este autor para evitar las ideas de que solo con ser amable o charlar con el paciente odontológico, se determina una actitud “psicológica” ya que esto carece de cierto nivel científico y expone al profesional a

desvirtuar el enfoque instrumental de los aspectos anímicos del paciente y del vínculo paciente – profesional.

**Marcón Osvaldo (2004)** Interdisciplina. [www.elsantafesino.com](http://www.elsantafesino.com). Derecho de Menores Interdisciplinario (Rosario – Argentina, Juris, 2004) Licenciado en Servicio Social (Universidad Católica de Santa Fé). Columnista del diario El Litoral.

Marcón señala que, muchas veces la Interdisciplina es confundida con el amontonamiento de profesiones o -en el mejor de los casos- con la coordinación de actividades, sin advertir que **lo interdisciplinario exige coherencia epistemológica y teórica**. La Edad Moderna, con el desprendimiento de la ciencia del conjunto de saberes, trajo la **exclusividad de la parte con exclusión del todo**. Por conocer al detalle lo específico se desconoció lo contiguo, ignorando la totalidad. La multidisciplina alude a la idea de junta de saberes, donde cada uno dice lo suyo pero el producto final no es más que la exposición de todos ellos, de modo tal que cada uno conserva su individualidad. En cambio, la interdisciplina resulta de **articular estas perspectivas para lograr un objeto total** que exprese todas las partes. El producto final de esta articulación es llamado: **transdisciplina**. Todo equipo de trabajo debe ser pensado desde una lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Un saber disciplinario es una forma de poder, por lo que el encuentro con otros saberes requiere (a nivel individual) una renuncia a creer que la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Por lo tanto, no habrá interdisciplina si no existe una relación democrática entre las disciplinas que participan de la tarea.

**Sztejman Carlos (2007)** “Calificación angiográfica y psíquica del corazón”. Revista Argentina de Cardiología. Volumen 75. N° 1. Enero / Febrero 2007.

El autor toma un estudio de su especialidad, para mostrar el **uso instrumental de la transferencia** con el paciente en el tratamiento cardiológico. En este estudio por imágenes, observó un “corazón calcificado y encascarado” en coincidencia con un paciente que le relataba su depresión ante la reciente muerte de su mujer. Stejman habla de la **contratransferencia** al mencionar su propio sentimiento durante este acto médico. Se pregunta si puede existir transferencia en un tiempo de contacto tan breve y se responde que



aunque tratándose de una relación corta e intensa, hay afectos y palabras en juego. Tiene conciencia de que el paciente pone su corazón para que los médicos le **pronostiquen su destino** y que esto no es un mero acto técnico, sino que el profesional está situado en un lugar crítico donde se evalúa el destino vital del paciente. Advierte a los colegas que lo principal no es la pregunta que se le haga al paciente sino el tipo de escucha del médico. Sostiene también, que el uso de la transferencia permite agregar ideas al síntoma en la historia del paciente. Esto está relacionado con la Psicoprevención desde la teoría psicoanalítica, donde el momento traumático de una intervención médica puede adquirir sentido para el paciente y para el médico, posibilitándose la historización.

A partir de estas ideas, expresa la necesidad de incluir a un paciente en forma holística y no dissociado por el profesional en cuerpo y psiquis. Finalmente, en relación a la **Psicocardiología**, nos dice que es necesario que los cardiólogos conozcan parte de la teoría psicosomática para comprender integralmente al paciente.

Sztejman está cursando la Maestría en Psicoanálisis en la UnLAM y AEAPG.

A partir de esta reseña del estado de la cuestión, intento advertir al lector, que la disposición y el contenido de los antecedentes, lo puede orientar en la perspectiva de mi marco teórico, cuya construcción psíquica revela un aprovechamiento de las investigaciones en este campo de la Interdisciplina.

### 1.4.2 Relevancia práctico-social y cognitiva.

El aporte que esta investigación intenta realizar, se centra en la posibilidad de incluir perspectivas que tiendan a humanizar el vínculo odontólogo – paciente y que capaciten y responsabilicen al profesional en la comprensión de los sucesos anímicos del paciente y de él mismo, en el transcurso del tratamiento.

Habiendo solicitado material bibliográfico en la biblioteca de la Facultad de Odontología (UBA), en relación a temáticas donde Odontología y Psicología se relacionen, recibí una serie de artículos provenientes del extranjero. Esto indicaría un desinterés a nivel académico en la cuestión. Solo hay bibliografía en la especialidad de Odontopediatría, es decir, en relación a la atención de niños, pero no así en Odontología de Adultos. De tal forma, espero que mis investigaciones puedan introducir a los odontólogos y a las instituciones que los forman, en la reflexión de estos temas, para ir transformando la clínica. Con respecto a los psicoanalistas que resisten a las cuestiones interdisciplinarias, la investigación propende a que tengan en cuenta que el Psicoanálisis comprende una explicación de los fenómenos psíquicos que pueden presentarse más allá del típico proceso analítico, pudiendo ser muy valiosos para optimizar la clínica médica y odontológica mediante la reducción de la ansiedad en el paciente y del desgaste emocional del profesional. También apunta a desnaturalizar la actitud resistencial de los odontólogos en general hacia los aspectos psicológicos de su práctica, así como evaluar si el tipo de formación universitaria en la carrera influye en la negación del profesional en relación a éstos que incluye su tarea.

Los **problemas reales** que conlleva omitir el factor psicológico en la sesión odontológica, se pueden citar como:

- \* Obstáculos en el curso del tratamiento que pueden llegar a producir la interrupción del mismo.
- \* Situación angustiante del paciente que permanecerá en forma latente al tratamiento y que puede producir una evolución negativa del mismo.
- \* Incremento de las resistencias a nivel corporal ante maniobras técnicas (tos, sialorrea, taquicardia, excitación, sudoración, lipotimias, contracturas, exacerbación del dolor, ataques de angustia, etc.)

- \* En el profesional: deshumanización o excesiva distancia afectiva, por el contrario: sobreimplicancia que provoque el desgaste profesional (Síndrome de Burnout, derivaciones o exclusiones compulsivas para “sacarse el paciente de encima”.
- \* Dificultades vinculares en la relación paciente – profesional que pueden llegar a interferir el proceso terapéutico odontológico. Por ejemplo: ante la hostilidad del paciente, el profesional puede llegar a someterse y en respuesta tener una actitud masoquista o agresiva, desubicándose de esta forma en su rol. También momentos depresivos en el odontólogo por identificaciones masivas con el paciente deprimido.
- \* Trastornos psicosomáticos en paciente y profesional por Burnout que se cronifican (cefaleas, gastritis, dermatopatías, etc).
- \* Demandas hiper exigentes que presionan al profesional: rapidez, exigencia de estética en desmedro de la salud, falta de reconocimiento hacia el odontólogo con actitudes hostiles (aquí se pueden incluir los juicios por mala praxis o la amenaza de éstos), falta de cuidado de los tratamientos realizados e incriminación al profesional ante el fracaso del mismo, desconsideración socioeconómica etc.

La Odontología es una ciencia pragmática que requiere una formación teórica clínica y de gran adiestramiento. Por eso, las materias universitarias, preparan a los estudiantes predominantemente en esto. Al haber caído, en los últimos tiempos, el nivel socio-económico de la profesión, han surgido técnicas que aparecen como la recuperación del paraíso perdido. Se multiplican los cursos de estas nuevas técnicas (ejemplo: Implantología) que activan el mercado de insumos odontológicos. En el afán de este recupero, el profesional y la comunidad que lo sustenta, se pueden distanciar afectivamente cada vez más del paciente. Esto da como resultado una excelencia técnica (aunque se realicen diagnósticos dudosos tendientes a colocar más implantes de lo que realmente se necesita) pero una creciente aparición de juicios de mala praxis, indicadores en parte, de la deficiente comunicación entre paciente y profesional.

El odontólogo, así vulnerabilizado, obrando quizás en contra de los ideales con que abrazó su carrera inicialmente, intenta esterilizar el campo transferencial, como si desafectivizándolo, se inmunizara contra problemas emocionales, **temas en los que cree que no tiene que intervenir pero en realidad es por que no sabe cómo manejarlos.**

Si bien existen escuelas en Odontología que se abocan a la Prevención y que intentan poner límites al super tecnologismo, a mi entender, esto no alcanza, ya que sigue girando sobre la misma práctica pero desde un enfoque menos intrusivo y tendiente a buscar un mayor protagonismo del paciente.

También es de notar la diferencia existente en el marco conceptual y operativo en el tratamiento de adultos y niños. El odontopediatra tiene una mayor formación en Psicología del niño, especialmente en Psicoanálisis, pero el odontólogo de adultos generalmente la ignora, salvo que se interese en forma individual. Solo he encontrado formación psicológica en adultos de grado en universidades privadas como Universidad Maimónides, Universidad Kennedy y Universidad del Salvador. Pero, según las coordinadoras de las cátedras, esta formación genera enormes resistencias en los alumnos, no sucediendo así en Odontopediatría. En la Universidad de Buenos Aires no existen materias psicológicas en Odontología de Adultos, solo en Niños.

Los **problemas de conocimiento** aparecen como efecto de la *endogamia intradisciplinaria* que no acostumbra a extender los bordes de la aplicación específica de la ciencia (la salud de la cavidad bucal) a los aportes de otras disciplinas que faciliten la visión del ser humano de forma más abarcativa.

Por lo tanto, el alcance cognitivo de esta investigación, propone incluir en la formación profesional del odontólogo, conceptos psicoanalíticos que expliquen los fenómenos psíquicos presentes en la sesión odontológica, con un alcance práctico - social en relación a la actividad misma, que implique una escucha diferente del paciente y brinde la posibilidad de un tratamiento integral, preservándose, a su vez, el odontólogo en su propia salud psicosomática, al entender lo que ocurre en su campo de trabajo.

Existiría, inclusive, una tendencia a desmentir las cuestiones psicológicas, hasta el punto de ni considerar la derivación del paciente con trastornos psíquicos al psicoterapeuta, por tener fantasías de pérdida del paciente o simplemente por ignorar los mecanismos de las distintas afecciones psíquicas, intentando forzar el tratamiento odontológico aún en condiciones de intensa vulnerabilidad. De la misma forma, los odontólogos suelen acallar sus propios síntomas psicosomáticos por hiper exigirse en su práctica profesional, llegando, sin registrarlo, a padecer el Síndrome de Burnout que antes mencionábamos.

## Problemas de conocimiento en forma general

A- **Hipnosis:** Esta técnica es la más aceptada habitualmente dado que procura obtener una relajación del paciente por medio de la palabra, así como de cierta anestesia, coagulación o condicionamiento mental para el uso de prótesis y otras aparatologías. Fue y sigue siendo cuestionada en el ámbito científico a causa de que para realizarla se debe instalar un vínculo de dependencia extrema del paciente al operador.

Si bien fue muy utilizada en el siglo XIX y XX (Charcot en La Salpêtrière, Escuela de Nancy, Bernheim, etc) nunca dejó de ser un método sospechado. En la actualidad se presenta como Sofrología, sosteniendo que hoy no se utiliza la sugestión masiva sino la persuasión o sugestión razonada. La técnica sofrológica se fundamenta en que no avanza hasta los grados de hipnosis más profundos sino que se queda en un primero y segundo nivel donde el sujeto puede aún tener conciencia aunque atenuada. En los niveles más profundos se produciría una regresión hasta los 2, 3 o 4 años de edad, antes de la etapa de “los porqué” o cuestionadora. Vemos que se trata de eliminar la capacidad crítica, buscando por lo tanto, la obediencia del paciente. La forma es hacer una inducción a relajación que consiste en desviar la atención de la situación odontológica profundizar mediante un *terpnos logos* (discurso hipnótico) que puede tener dos modalidades:

- 1) directo o autoritario
- 2) indirecto o persuasivo

Se elige uno u otro de acuerdo al tipo de vínculo que el paciente tuvo con sus figuras parentales. Otra ventaja que se alude es la rapidez de los efectos (10 minutos) en que el paciente se adapte al tratamiento y que se logra en el 80 % de los casos. No obstante se aconseja que el odontólogo tome la técnica como un recurso más para aliviar el dolor, el sufrimiento e incomodidades del tratamiento y no para hipnotizar, que ya correspondería al campo de la Psiquiatría y Psicología. Esta técnica se basa en los estudios de Pavlov (reflejo condicionado: estímulo – respuesta).

La Sofrología es ampliamente aceptada en la formación odontológica de postgrado, inclusive en la Facultad de Odontología (UBA) se dan cursos al respecto.

Habiendo realizado el Curso de Sofrología e Hipnosis para médicos y odontólogos en el Colegio de Odontólogos, distrito III, durante el año 2002, considero que esta técnica si bien tiene sus beneficios en el tratamiento odontológico, sobre todo en cuanto a que se puede conseguir una óptima relajación del paciente, es peligrosa desde el punto de vista práctico, ético y legal.

En relación a la práctica, es muy difícil controlar el grado de profundidad hipnótica al que llega el paciente. Asimismo, éste en el post operatorio puede tener una reacción adversa hacia el profesional por quedarse con una sensación de haber sido violentado o por el contrario, quedar en una dependencia extrema hacia él, por haberse situado intrapsíquicamente, en el lugar de sus padres idealizados de la infancia. Desde el punto de vista ético, habría que reflexionar en qué lugar se posiciona un profesional que somete a su poder omnisciente a un paciente con el principio de realidad abolido y que no protagoniza la cura. En el ámbito legal, existen serios riesgos de demandas judiciales cuando un paciente vivió como una intrusión en su cuerpo la práctica odontológica, hasta pudiendo haber fantaseado la ocurrencia de un abuso sexual.

Pienso que no es ingenuo que la Hipnosis venga siendo un recurso psíquico privilegiado por la ciencia odontológica, ya que incluye una postura donde el profesional detenta el poder sobre un paciente pasivo y anulado en su subjetividad, en una especie de “estado de anestesia mental”.

**B - Psicologismo del odontólogo:** Este puede creer que a través de teorizar intelectualmente o escuchar amablemente sin sentido, alcanza una comprensión “divina” de su paciente, pero en realidad esta actitud favorece las dificultades (Lorenzano 1996). La *disociación* es el mecanismo que puede predominar y puede dejar de lado la inclusión del cuerpo, no realizando las maniobras técnicas adecuadas para solucionar el trastorno bucal.

**C - Hipermedicación:** Muchas veces el exceso de medicación psicotrópica o analgésica genera una incompreensión holística del paciente. También hemos observado que la promoción mediática de ciertas drogas, incrementa la ilusión de completud de que el síntoma está reducido, interfiriendo esto en la continuidad forzada de una terapéutica más integral (Galende 2008).

Estos últimos puntos no están desarrollados en esta investigación por considerar que merecen un espacio más extenso y al no ser ejes de mi tesis, los trabajaré en posteriores estudios.

## **1.5 Marco teórico**

Presentaré el marco teórico, categorizado en cuatro dimensiones que a mi criterio, abarcan la problemática con amplitud, ya que ésta estaría multideterminada y de esta forma, procuro facilitar su comprensión.

- a) Formación del profesional
- b) Relación paciente – profesional
- c) Alcances de la Interdisciplina
- d) Síndrome de Burnout.

### **1.5.1 Formación del profesional**

Tomé la Odontología como representante de las ciencias naturales, generalmente considerada desde un enfoque positivista, dentro del cual concierne solo aquello que es observable y susceptible de comprobación (evidencia). La comunidad científica odontológica, promueve el desarrollo de la técnica y el enfoque biológico, tendiente a una creciente hiperespecialización y progreso tecnológico, secundarizando los aspectos subjetivizados del objeto de estudio y de práctica: el sujeto. Asimismo, la profesión sostiene ideales de destreza manual o técnica inherentes a la misma práctica, devaluando, de este modo, los relacionales y emocionales.

Desde otro modelo, está el Psicoanálisis como paradigma de la comprensión anímica, histórica y emocional del sujeto pero cuya limitación radicó en perder de vista, muchas veces, la dimensión biológica del cuerpo como entidad orgánica que entronca al ser humano en un lugar de la naturaleza.

Este desencuentro en parte, surge desde la misma formación de los profesionales, ya que en pos de lograr un desarrollo profundo de cada disciplina, se delimita con excesiva rigurosidad la competencia del campo de abordaje de la problemática humana, perdiendo de vista la integración de perspectivas que enriquecen las prácticas pero que a su vez exige ciertas renunciadas.



El odontólogo que ejerza una actividad interdisciplinaria, tendrá un paciente que en el mejor de los casos, le comunicará parte de sus estados anímicos y que participará en el proceso de la cura de su cavidad bucal, con mayor compromiso.

En cuanto al Psicoanálisis, el encuadre característico de la técnica frente a la patología psíquica, puede comenzar a transformarse al incluir aspectos de otras disciplinas (Sociología, Biología, Epistemología) y tratar de comprender la dinámica de pacientes más perturbados (por ejemplo en trastornos psicosomáticos). Esto muchas veces puede significar una afrenta para los defensores de la **endogamia disciplinaria** que consideren que las aplicaciones psicoanalíticas a otros campos científicos, no son Psicoanálisis.

Como vimos en el estado de la cuestión (Rusconi 1995), las resistencias no provienen solo de las ciencias naturales, también se encuentran, y muy marcadas, dentro de la comunidad psicoanalítica, donde se debate entre la lealtad a los orígenes de la ciencia para que ésta no pierda su identidad y la interrelación con otras ciencias biológicas y sociales. Recordemos que el Psicoanálisis es una técnica, una teoría, pero también un método de investigación.

*“Psicoanálisis es el nombre de un procedimiento para indagar procesos anímicos no accesibles por otras vías; un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas basado en esa indagación y un conjunto de intelecciones que fundaron una nueva disciplina”.*

S. Freud (1923) Tomo XVIII “Dos artículos de la enciclopedia: Psicoanálisis y teoría de la libido”.

La formación odontológica, al igual que la médica, deviene de una vocación de ayudar a otros a la que se agrega generalmente, una estructura de autoexigencia, con ideales desmedidos y algunos aspectos sádicos que se subliman a través de la práctica misma. El odontólogo se ve requerido y exigido en su trabajo por el paciente, por las instituciones odontológicas que realizan control en su actividad: auditorías de obras sociales, por ejemplo, círculos odontológicos, Salud pública, etc. Muchas veces esta exigencia se enlaza con demandas de la familia del paciente, de la propia y desde el reclamo de su propio ideal,

que a veces le garantiza logros adecuados, pero otras, sentimientos omnipotentes demandados por el Yo ideal.

“La Medicina centrada en lo orgánico, sitúa al profesional en un lugar social privilegiado e idealizado que contribuye a la sobreexigencia a cambio de la satisfacción de sus aspectos narcisistas” (Ferrari 1996). Es decir, este rol es adjudicado por la sociedad pero también asumido por el sujeto que abraza este tipo de profesión.

Cuando hablamos de **sobreadaptación** e ideales hiper exigentes, nos referimos a darle un valor hiper realista a lo que marca el modelo de la facticidad (realidad externa en detrimento de la realidad interna).

Se trataría de una realidad cosificada. No teniendo en cuenta las posibilidades del yo, se debe hacer todo por mandato aunque uno “caiga en el intento” (Lieberman D. et al (1981). Hay que diferenciar entre valor e ideal. El valor es, por ejemplo, hacer algo en función del dinero. El ideal: al conseguir algo anhelado, aumenta la autoestima y el sujeto siente que tiene bienestar.

El ideal exigente depende de la valoración excesiva del otro, de la respuesta que va a dar el otro a lo que se consiguió. Se trata de una problemática narcisista donde hay una dependencia excesiva del objeto idealizado. El profesional sometido a estas vicisitudes, se defiende, a veces desmintiendo sus estados emocionales, esforzándose por complacer al otro o recurriendo a adicciones como forma calmatoria de sus síntomas, y otras veces satisfaciendo la necesidad de castigo con accidentes a repetición o episodios agudos de diferentes patologías.

Relacionaré ahora, la cuestión narcisista individual, en un intento de comparar esta situación psíquica con la que puede ocurrir dentro de la misma disciplina, ya que considero que la elección profesional está inconcientemente determinada por la personalidad del sujeto. En la constitución del yo, en ese nuevo “acto psíquico” (Freud 1914) que es el narcisismo primario, se crea el Yo Ideal. Este implica el “deber ser” demandado por el ideal del yo, que en el devenir, nos reencuentra con los objetos significativos. Estos objetos, que por momentos son frustrantes, van estructurando los ideales, que luego, mediante un proceso proyectivo, deviene en idealización del objeto. ¿Podemos decir que tanto el médico como el odontólogo intentan ser el Ideal de sus figuras parentales reales e introyectadas?.

Tal vez, a la necesidad de satisfacer al paciente le subyace la de gratificar a estos padres internos así como la imperiosa necesidad de aprobación. La cuestión de portar el título de “doctor”, le otorga tanto beneficios socioeconómicos, como desventajas con excesivas responsabilidades por el cuidado y cura de los otros.

El “niño narcisista” que queda en el profesional, se sobrecarga al creer él mismo en esa ilusión, frustrándose y desanimándose continuamente al no alcanzar su imagen reflejada en el estaque, como Narciso. Al predominar cierto narcisismo negativo (Green 1993), puede incrementarse la desmentida de lo que acontece en su psique y soma, apareciendo la escisión para preservar la ilusoria imagen omnipotente que le es otorgada por los otros y que él asume. La profesión odontológica como disciplina, contiene sus propias características, así como también el Psicoanálisis. Pienso que el narcisismo individual puede potenciarse con la disciplina y actuar como defensa, sostenido por una comunidad científica cerrada.

Tomaré como uno de los indicadores de esta situación, que en la mayoría de los trabajos de investigación en libros y revistas odontológicas, el paciente no aparece en las fotos, sino solo su boca. También en el modelo psicoanalítico, el paciente es mostrado en forma de relato, a veces desarticulado de otros aspectos de su vida y bajo ningún indicio de su identidad privada. Por lo que creo que para la Odontología, el sujeto está enfocado como un fragmento corporal mientras que para el Psicoanálisis, por cuidar tanto la privacidad, se puede complicar la transmisión con fines científicos. Estas parcialidades que ya están estructuradas como modelos científicos habituales, han tenido sus beneficios, pero también han limitado la comprensión subjetivizada e integral del paciente. Creo además, que pueden haber generado en el profesional, ciertas dificultades que hoy están descriptas como el Síndrome de Burnout, que trataré en el punto 1.5.4.

De acuerdo a lo extraído de las entrevistas a coordinadores de las distintas universidades (Maimónides, Del Salvador: Segunda parte, punto 2.2.7) los alumnos de la carrera de Odontología presentan serias resistencias a abordar los aspectos psicológicos de la actividad, al punto de que la titular de una cátedra considera que les aplica un “castigo” al indicarles las monografías en Psicología para que no queden libres.

Cuanto más tiempo desarrolle el odontólogo su actividad de esta manera, más se cristalizará su problemática hasta el punto de fundirse el rol con la identidad. Luego será

difícil que adquiriera interés en formarse en el área psicológica de su actividad, por lo que considero que el estímulo para incluir conocimientos psicológicos debe aparecer desde la formación de grado, así como la prevención del desgaste profesional, del mismo modo que se hace hincapié en la ergonomía (estudio de las condiciones ambientales en las que se desenvuelve la actividad profesional) para evitar patologías físicas en el futuro. Desde esta perspectiva, hay facultades (privadas) que incluyen desde hace unos años, la materia Psicología dentro del programa de Odontología. En la UBA, se trabaja mucho este aspecto en la Cátedra de Odontología Integral Niños pero no aparece en el resto de materias, es decir, en lo relativo al tratamiento odontológico de adultos.

En la Universidad de La Plata, en cambio, tenemos referencias por los entrevistados que se incluye la materia Psicología en la formación de grado.

Basándome en las ideas de Freud (1919-1918) sobre la realización del estudio del Psicoanálisis en la universidad, considero que en la carrera podría darse un curso introductorio para que luego, los interesados pudieran realizar un postgrado en la disciplina. Esta introducción daría nociones generales pero también determinaría la inclusión de los aspectos psicológicos del paciente como tema fundamental en el tratamiento odontológico.

En la práctica odontológica se trabaja sobre la primera zona erógena que se activa en el sujeto desde que nace, por eso es imprescindible que el odontólogo comprenda los significados inconcientes existentes en el paciente debido a su historia particular que aparecen en su campo de intervención.

### **1.5.2 Relación paciente – profesional**

Es característico de las profesiones de la salud, la conformación de una relación entre paciente y profesional que reviste ciertas particularidades. En este sentido, podemos encontrar en las distintas ciencias, algunos puntos en común y otros específicos de cada una. Las características generales son: la asimetría de roles, la tensión que genera el estado vulnerable de la enfermedad, la exigencias de responsabilidad en el profesional, la tolerancia del paciente a la intrusión en su intimidad corporal o psíquica, el ajuste a un encuadre y el desafío a desarrollar un vínculo que permita la concreción del tratamiento.

Podemos inferir que en **Odontología**, existe un estrecho acercamiento corporal entre paciente y profesional y que su práctica requiere la introducción de las manos de éste en la cavidad bucal.

Por su parte el paciente debe pasivizarse, es decir, quedarse quieto, abolir reflejos condicionados y exponer su orificio bucal a ese sujeto a quien buscó por ayuda. Esto desde el punto de vista pragmático.

Desde las implicancias psíquicas, dicha situación genera ansiedad, pudiendo llegar a la angustia, controlable o desbordante, o puede ser una reacción sobreadaptativa de máxima colaboración cuando en realidad subyace un monto grande de angustia, todo esto por la acción de situaciones traumáticas previas en la historia del sujeto.

Existen distintos modos de vivenciar la enfermedad, en un plano explícito, la enfermedad se denomina **disease**, siendo el enfoque habitual del profesional al dar el diagnóstico médico, pronóstico y plan de tratamiento. Así brinda sus conocimientos al paciente, tendientes a solucionar su alteración orgánica.

Otro aspecto de la vivencia de enfermedad es el denominado **sickness**, que corresponde al atravesamiento cultural de la patología. Es importante que el profesional tenga en cuenta qué imagen se pone en juego en el paciente en relación a su patología, porque esta será determinante a la hora del tratamiento y sus resultados, más allá de que se haya implementado una técnica óptima. Luego, tenemos el concepto de **illness**, en relación a la vivencia subjetivada del paciente acerca de sus síntomas y el impacto psíquico que éstos le generan.

Este es el punto que justifica que el odontólogo esté formado para comprender los aspectos psicológicos para poder intervenir ayudando al paciente a superar obstáculos que interfieran en el tratamiento.

Al respecto, la Psicoprevención apunta a que el odontólogo pueda “anticiparle” al paciente lo que va a ocurrir en el tratamiento con la finalidad de rebajar la ansiedad que produce lo desconocido.

Otra particularidad del tratamiento odontológico es la frecuencia con que aparece el dolor, a raíz de procesos infecciosos, fracturas, neuralgias, etc. Sabemos que el sujeto con dolor vuelve la libido hacia sí mismo, dificultándose el intercambio con los otros; si a esto le agregamos la reactivación de situaciones traumáticas pasadas, tendremos un sujeto tenso, desvalido, irritable o intolerante. El odontólogo está entrenado en aliviar el dolor orgánico

pero generalmente, no ocurre lo mismo con el dolor psíquico. Al ser el salvador de la emergencia, puede ser idealizado pero también repudiado y hasta agredido. Intervenir en los factores psicológicos implica reducir el potencial traumatogénico del tratamiento.

Para eso, tomaremos el concepto de **escucha de la escucha**, (D'Alvia 2002) es decir, no solo escuchar lo que el paciente dice sino lo que nosotros decimos y lo que él entiende de esto. La confianza y empatía que experimenta el paciente al saberse comprendido por su profesional, tiene efectos de mejoramiento sobre el tratamiento odontológico.

Profundizando en este punto, creo que es muy importante que el odontólogo pueda leer el síntoma del paciente, no para interpretarlo sino para decodificar el **actuar expresivo** (Dejours 2005) donde el órgano afectado trata de conectarse intersubjetivamente con el otro. El paciente odontológico tendría que sentir que su profesional lo habilita a expresar verbalmente sus ansiedades, temores o conflictos dentro de la sesión o fuera de ella, sino, lo intentará con su cuerpo y veremos el **síntoma en carambola**, es decir, corriéndose de una estructura a otra. Esto produce un desgaste del paciente, del profesional y del vínculo entre ambos.

#### Vayamos a la relación paciente - profesional en **Psicoanálisis**.

La técnica psicoanalítica, toma el vínculo paciente – analista a través del fenómeno de **Transferencia**, descrito por Freud (Caso Dora - 1901) en la clínica, donde el paciente, al no poder recordar sucesos infantiles traumáticos, reedita el vínculo con figuras primarias desarrollándolo hacia su analista. Esto a su vez, genera una respuesta, también inconciente en el terapeuta, conocida como **Contratransferencia**, siendo el resultado de sus puntos ciegos y para conocerlos y manejarlos, se recomienda el propio análisis de sus conflictos. El proceso terapéutico también difiere del médico en que el paciente debe tomar una actitud protagónica y activa con respecto a su cura, dado que el terapeuta lo va llevando a responsabilizarse cada vez más de su historia.

El cuerpo en Psicoanálisis no aparece solo en su carácter material sino simbólico y a través del relato.

Es importante sostener una regla fundamental como la abstinencia para el analista que incluye no tener contacto físico con el paciente para no interferir en la evolución de la terapia, donde se promueve la instalación de la **neurosis de transferencia**. Más allá de que el analista sea médico no hay posibilidad de que trate el cuerpo físico ya

que, según Freud (1926) no será imparcial en el diagnóstico orgánico al tener puesto su interés en el desarrollo de lo psíquico.

En Psicología Psicoanalítica se tiene más en cuenta el cuerpo orgánico en el discurso, siendo la rama más interdisciplinaria entre el Psicoanálisis y la Medicina, solo que el síntoma es tomado en su aspecto más subjetivo y el trabajo del analista es ayudar al paciente a incluirlo en su entramado histórico a fines de otorgarle un sentido.

En Psicoanálisis no se habla de enfermos sino de sujetos que acuden al profesional a causa de que sus síntomas les restan gran parte de la libido, pero es significativo que se les llame habitualmente: pacientes. En general, la jerga freudiana toma expresiones de la Medicina y hay que ser paciente para aceptar los procesos en la cura.

El vínculo paciente – analista llega a ser muy estrecho por el grado de intimidad que se alcanza, por la cantidad de tiempo que pasan juntos, y por la naturaleza de la técnica.

En cambio, el paciente acude a su odontólogo en forma episódica, lo que cambia el clima de interrelación.

Sin embargo y sin pretender lograr un estado de empatía tal como en Psicoanálisis, si el odontólogo maneja conocimientos psicológicos, el vínculo se optimizaría más allá de la mera contención o buenos modales, de ahí el interés del **conocimiento científico de los aspectos anímicos** que surgen en el tratamiento.

Aquí se me abre un interrogante en cuanto a la relación transferencial del paciente hacia el odontólogo. Como expresan algunos autores (Bustamante 2005) parecería que en la actualidad el rol profesional se va diluyendo: ¿será esto conveniente para el desarrollo de la transferencia positiva? En la toma de decisiones compartidas, no se descalificará el enfoque del odontólogo desde el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico por esa pérdida de autoridad?

Por eso quisiera aclarar, que entender los movimientos psicológicos de la relación con el paciente no significa “hacerse amigo de él”, si bien el afecto ocupa un lugar trascendente en el cuidado del otro, es importante, a mi entender, mantener una distancia operativa, funcional y de autoridad en el curso del tratamiento que permita que el odontólogo ejerza su influencia sobre el paciente. “La transferencia es la dramatización del vínculo más asimétrico que por elección mutua constituyen dos sujetos” (Zukerfeld 1988). Pero tengamos en cuenta que en el tratamiento odontológico habitual, se prescinde bastante

de las palabras y que hay casos en que el profesional ni siquiera intercambia algunas con el paciente, ni sabe de quien se trata (en casos extremos de algunos cirujanos).

De este modo planteo que la combinatoria de la experiencia reparadora de la boca con el sostenimiento de la comunicación y de la lectura de la experiencia emocional, puede enriquecer y potenciar el éxito del tratamiento.

¿Qué aportes pueden existir entre ambas disciplinas en el campo de la relación paciente - profesional?

Considero que a pesar de no instalarse una neurosis de transferencia en el tratamiento odontológico, el paciente entra en transferencia con su profesional debido a la asimetría funcional del vínculo y al estado regresivo en el que puede caer por su alteración orgánica.

Un enfoque más abarcativo de la Odontología consistiría en el posible cambio de denominación de la ciencia por el concepto de Estomatología, disciplina de la cavidad bucal, desde las mejillas, bucofaringe, labios, lengua, glándulas salivales y maxilares con las piezas dentarias. Dentro de este campo, suelen presentarse patologías severas, donde se hace más necesario aún que el profesional pueda contener, comprender y sostener al paciente además de cuidarlo a través de sus conocimientos científicos.

Si el odontólogo no está capacitado para comprender las significaciones que otorga el paciente al tratamiento, no podrá muchas veces comprender la conducta de él y menos aún manejarla. Esto a la larga, va deteriorando al profesional en la medida que se escinde de la misma forma en que escinde lo orgánico y anímico del paciente (Gómez Alicia 2007).

El psicoanálisis tendría que contribuir a proveer recursos al odontólogo en estos aspectos. En la cátedra de Odontología Integral Niños, se trabajó interdisciplinariamente con los pacientes que presentaban ansiedades excesivas que impedían el tratamiento. A estos fines, se implementó una técnica **psicodontológica**, basada en la creación de grupos psicoterapéuticos para niños y acompañantes. A partir de estas experiencias, se observó que el dispositivo resultaba realmente eficaz cuando se realizaba una **simultaneidad**: odontológica – psicoterápica. Esto significa que la psicoterapia tenía que apuntar a que los niños colaboraran y permitieran el tratamiento odontológico elaborando ansiedades que eran interpretadas por los terapeutas con la técnica del juego. Si las sesiones grupales no estaban implementadas así, se desvirtuaba la terapia y con esto quedaba sin efecto hacia el tratamiento odontológico.



Por lo tanto, esto indica la importancia de que sea el mismo odontólogo el que realice Psicoprevención, salvo en los casos de patologías psíquicas severas donde deberá intervenir el psicoterapeuta.

Por otro lado, el Psicoanálisis se puede enriquecer con el aporte de la Odontología en cuanto a la situación tan particular en que se halla el paciente en esta disciplina desde las ansiedades hasta el terror, pero con el agregado de una patología orgánica que es indispensable comprender y tratar.

Cuando el paciente comienza a relatar sucesos traumáticos en la sesión odontológica, su estado emocional estará sumamente alterado, y en muchos momentos habrá que postergar la intervención. Por eso, si esto sucede, es aconsejable suspender y combinar para hacer una sesión de Psicoprevención en otro momento, de modo que se pueda despejar las interferencias.

Esto también resalta la importancia de las entrevistas preliminares donde el profesional se pondrá al tanto de lo histórico vivencial del paciente a su vez que este ganará confianza y entusiasmo hacia el tratamiento.

Las distintas entidades nosográficas regresivas podrán ser tenidas en cuenta por el profesional con conocimientos psicológicos sin sentir la conducta del paciente como una afrenta hacia él.

Por ejemplo, en el caso de los pacientes con modalidad a predominio narcisista, estos suelen sentir la enfermedad bucal como una enorme injuria. A su vez, como la transferencia que desarrollan es del tipo “todo o nada”, con idealización y posterior denostación, y con una hipervaloración del factor estético (su imagen) en desmedro del factor salud o función, su tratamiento resulta difícil.

También es importante que el odontólogo conozca el significado simbólico de la zona bucal, siendo esta la primera que se activa en el sujeto y con la cual se relaciona con su objeto primario – madre. En la etapa oral del desarrollo de la libido, el bebé incorpora y destruye, siente placer y dolor en la región que le permite alimentarse (autoconservación) y conectarse con su erogeneidad y con el mundo. Dentro de la singularidad de cada individuo, las vivencias que se reactivan en la región bucal, como sensaciones, fantasías inconcientes, recuerdos determinados, concepciones narcisistas, etc, harán de esa experiencia vincular, un desafío en pos de lograr calidad de vida en el ámbito de la salud.

### 1.5.3 Alcances de la Interdisciplina

El mundo científico actual se ha complejizado de tal forma que se pueden observar dos movimientos opuestos y simultáneos vigentes en su escena. Nos referimos al de hiperespecialización dentro de cada ciencia por un lado y otro de articulación entre ciencias o interdisciplinario. A partir de dicha dinámica, las ciencias avanzan consolidando sus paradigmas e identidad mientras que también se nutren de otras que a su vez les prestan conocimientos a manera de aportes, dando como efecto una flexibilización de las fronteras disciplinarias.

La identidad de una disciplina, se constituye en el lenguaje o jerga que le es propio, de acuerdo con el cual, todos sus miembros consiguen un sentimiento de pertenencia y cohesión. A esto se le llama: *comunidad lingüística* (Labourdette 2007). Las ciencias construyen un metalenguaje de acuerdo a su especificidad y esto es un factor muy importante en relación a las dificultades que presenta la Interdisciplina.

El modelo interdisciplinario requiere la intención de construir un **lenguaje común**, a partir del conocimiento y aprendizaje de una ciencia con respecto a otra. En la medida que se puede entender los fundamentos de otra

ciencia, se puede expandir el pensamiento en la propia, atravesar límites, complejizar el objeto de conocimiento a fines de lograr una comprensión más exhaustiva de él.

A un nivel macro de la cuestión, veremos dos universos constitutivos de las ciencias: las de la naturaleza, que se rigen por leyes y es factible universalizar sus conceptos, y las ciencias sociales, donde los datos son contingentes y se basan en particularidades de la cultura.

Por ser la Odontología una ciencia de la naturaleza encontramos una dificultad de ensamble por la modalidad con el Psicoanálisis, que es una ciencia particular con raigambre social.

¿Se puede esperar que un sujeto que ha sido formado dentro del método empirista, acepte la idea de reenfocar el tratamiento odontológico, observando otros aspectos del mismo o incorporando la escucha de lo emocional del paciente y hasta de sí mismo?

¿Tolera la comunidad científica psicoanalítica, integrar a una ciencia abocada a tratar lo biológico del sujeto, resignando su técnica habitual?

Cuando un sujeto se orienta hacia una disciplina, va a adquirir un conocimiento específico en su formación pero también un **disciplinamiento**. Esto se infiere desde la polisemia del término **disciplina**. A decir de Michel Foucault (1976) las disciplinas son creadoras de aparatos de saber, de saberes. Se pregunta: “¿qué hacemos cuando queremos objetar algo en contra de las disciplinas y todos los efectos de saber y poder vinculados a ellas?”. Las mecánicas disciplinarias que sostienen los aparatos de saber son constitutivas de los mecanismos generales del poder en nuestra sociedad.

El miembro de la comunidad va aceptando términos que le confieren una identidad en el rol y lo incluyen en la identidad grupal, así como será sancionado de forma explícita o por vías más sutiles como el aislamiento o el desprestigio si no se ajusta a las reglas establecidas por su comunidad científica (sabemos bien lo que le ocurrió a Freud en el ámbito médico donde fue burlado y mancillado por no mantener lo consabido).

En este orden de cosas, todo conocimiento que implique una **extraterritorialidad**, le infundirá al sujeto miedo a salir de lo sabido y seguro. La hiperespecialización es una forma encubierta de refugiarse en el conocimiento seguro, si bien se consiguen adelantos y muchas veces descubrimientos en ese modelo.

La identidad que un sujeto conforma dentro de una disciplina está relacionada en parte con su narcisismo. A su vez, la sociedad le devolverá una imagen especular de su rol, que lo presiona en su ejercicio pero que le otorga ciertos privilegios. El reconocimiento de los pacientes y de los colegas contribuye a consolidar esta imagen que el profesional tiene de sí mismo por su actividad, que incluye una serie de pautas sociales que exceden lo laboral. Es decir, se espera ciertas características de un médico, de un ingeniero o de un psicólogo, en cuanto a lo que podríamos llamar la **representación social de la profesión**.

Por lo tanto, cuando un profesional extravasa las **fronteras** de su disciplina, puede sentir que traiciona a su comunidad y esta a su vez tratará de neutralizar su accionar, siguiendo algo como un Principio de Constancia que la preserva de la desaparición o

adulteración <sup>1</sup>. Según Freud (1924 – 1925) la ciencia suele rigidizarse, deteniéndose en lo ya consabido y desestimando lo nuevo.

El modelo disciplinar cuenta con etapas evolutivas necesarias, así como existe en el sujeto, durante su desarrollo, un narcisismo evolutivo que lo proveerá del sentimiento de sí mismo. El **narcisismo disciplinario** sería un momento en el cual la ciencia se estructura y configura diferenciándose bien de las otras.

Pero, del mismo modo que el sujeto, el narcisismo puede resultar patológico y transformarse en omnipotencia, autoidealización, enquistamiento en las propias fronteras, sostenimiento de certezas a ultranza o desvalorización de otras ciencias. Pero sostengo que la disciplina que padezca estas vicisitudes, correrá serios riesgos de desaparecer del escenario de las necesidades socio - culturales.

El modelo interdisciplinario, representa la salida exogámica del encierro de la ciencia, triangulando, incluyendo inquietudes, relatividades en lugar de las certezas, obligando a aceptar las limitaciones del propio campo, tolerando las diferencias, respetando el saber de otras ciencias y ensanchando el caudal de conocimientos y creatividad de cada profesional y de la comunidad a la que representa.

A partir de estas ideas, vemos que la Interdisciplina, si bien plantea un desafío y numerosas ventajas para el avance científico, contiene una modalidad ardua donde se rompen ideales de completud, exige el esfuerzo de lograr un lenguaje común y un descenso del nivel conceptual de la propia disciplina a fines de hacerla accesible a profesionales de otras áreas.

## **Dos modelos**

La comunidad psicoanalítica está muy fragmentada en relación a los cambios paradigmáticos que introduce la apertura hacia otras ciencias al punto que muchos de sus miembros llegan a considerar que todo lo que no se sujete a la técnica tradicional, no es Psicoanálisis. En el terreno de la Psicósomática Psicoanalítica, sin embargo, se observa un modo de pensar interdisciplinario en el que el cuerpo también aparece en su dimensión biológica aunque comprendido desde lo histórico – subjetivo.

---

<sup>1</sup> Podemos señalar que el lenguaje castrense tiñe los conceptos de disciplina como comunidad cerrada (disciplinamiento, extraterritorialidad, fronteras, etc.) a diferencia de lo interdisciplinario (lenguaje común, interrelación, compartir saberes, préstamos, articulación, tolerancia, etc.)

Según José Bléger (1970), “Toda organización tiende a tener la misma estructura que el problema que tiene que enfrentar y para el cual ha sido creada. Nuestras organizaciones psiquiátricas, nuestras terapias, nuestras teorías y nuestras técnicas, tienen también la misma estructura que tenemos que enfrentar. Han devenido y no son otra cosa que organizaciones y cumplen una función de mantenimiento y control de clivaje: una tendencia a la burocratización”.

Las organizaciones son el soporte material de las instituciones. Comprender que a través del funcionamiento de la organización a la que pertenecemos, vamos incorporando la institución, con sus leyes y sus estamentos epistemológicos, nos presentará el problema de intersección que plantea la interdisciplina, donde lo buscado sería “pertenecer a dos amos” y donde ambas comunidades científicas deberían interrelacionarse para posibilitar las bases a sus integrantes, para la aprehensión de conocimientos. En la medida en que las autoridades de las organizaciones sean refractarias a la interdisciplina, sus integrantes encontrarán serios obstáculos para poder acceder a ella y no se sentirán interesados en investigar con esta modalidad.

La Odontología se encuentra en el universo científico como una disciplina pragmática, alejada cada vez más de la Medicina, es decir, con menos fundamentos biológicos y más técnicos. Hay una realidad: el odontólogo está exigido en la técnica desde la demanda social. Toda teorización puede amenazar a reducir la excelencia técnica, valorada y retribuida principalmente por el paciente. De tal modo, que el profesional, quizás entienda la formación en otros aspectos de la práctica como una pérdida de tiempo o lo subvalore al creer que la comprensión de lo anímico no es lo que se espera de él.

Por eso, creo de fundamental importancia que los conocimientos básicos en los aspectos psicológicos de la clínica odontológica, sean impartidos desde la formación universitaria, para que puedan entenderse como parte de la actividad profesional y no como algo ajeno y contingente a ésta.

#### 1.5.4 Síndrome de Burnout

Las profesiones de la salud, donde se trata permanentemente con personas sufrientes, implican una serie de riesgos físicos y psíquicos en los trabajadores que las realizan. Lo que agrava el cuadro es que, generalmente, éstos no registran esta sintomatología y el mal avanza en forma de “depresión larvada” (Barrionuevo 2000). Según Barrionuevo, Wolfgang Walcher (1969) enuncia este término, **larvado** para describir la anterioridad física como prioritaria ante la queja psicológica que el paciente manifiesta como secundaria.

El desgaste profesional suele sobrevenir como causa de la caída de los ideales que sostuvieron la elección profesional en el sujeto, pero, a partir de la sobreimplicación emocional o la despersonalización, como extremo opuesto, fueron frustrándolo y desanimándolo.

En este punto nos preguntamos si esta situación se debe a que en las profesiones de la salud se encuentran sujetos en los que los ideales son desmesurados (salvar a los otros) y por lo tanto, imposibles de alcanzar o se trata de un problema de sobreadaptación en el que prima el “deber ser”. En un artículo presentado en una revista odontológica (Gómez 2008) planteo como interrogante si lo que se rotula Síndrome de Burnout no sería un tipo de **trastorno depresivo por desgaste**, principalmente relacionados con un Ideal tiránico e inalcanzable que consigue siempre frustrar en lugar de estimular, o que el desgaste de esta empresa ciclópea vaya llevando a sumergir al sujeto en un trastorno depresivo con las características de empobrecimiento yoico o vulnerabilidad narcisística.

La sintomatología de Burnout suele presentarse tan difusa que creo que resulta difícil sistematizarla como para establecer parámetros.

No obstante, los estudios estadísticos insisten en enumerar clasificaciones, grados, etapas, que, a mi entender, dan la ilusión de capturar la problemática para no aceptar la incertidumbre propia del mal.

Quedar fundido como sujeto: ¿qué significa? ¿Se puede decir que esto les suceda solo a profesionales de la salud o es un estado del individuo general que siendo una pieza de la gran maquinaria consumista mundial, se sienta inevitablemente vacío o ajeno en sí mismo?

Se habla de irritabilidad, alteraciones del sueño, baja autoestima, ansiedad, depresión, fatiga crónica, dolencias físicas, hipocondría, ideas suicidas, caída en las adicciones, aislamiento, etc. Para medir el grado de Burnout se utilizan ciertos tests, siendo el más conocido el de Maslach (1982). Aquí nos introducimos en una problemática social delicada, ya que las empresas pueden discriminar a sus empleados de acuerdo al resultado del test y como el Síndrome de Burnout no está aún reconocido como enfermedad profesional, puede convertirse en un signo de separación de la tarea del profesional, sin hacerse cargo la institución de su parte responsable en los acontecimientos.

En relación a este punto, Elsa Wolfberg (2003) nos dice: “Es necesario asistir al asistente para que tenga un trabajo decente y contextos de prevención y aprendizaje para protegerse”.

Según Freud, en “El malestar en la cultura” (1930) el individuo se ve sofocado en su pulsionalidad por la cultura, que le ofrece a cambio de sus renuncias, algunas ventajas de pertenecer a su contexto. Se le exige, muchas veces, más de lo que puede resignar y de este modo, el sujeto reprime sus pulsiones, generando una neurosis.

El Psicoanálisis trata de que el individuo elabore sus defensas más arcaicas en base al autoconocimiento y trabajo sobre los ideales individuales en su articulación con los ideales colectivos, logre un reacomodamiento individual y grupal en su tarea (Bernardi y B. De León 1999).

Es de destacar que tampoco desde el modelo psicoanalítico se acuerda con la homogeneización resultante de los trabajos estadísticos ya que en estos se pierde la dimensión singular del sujeto y contribuye a producir más malestar aún del que preexiste.

Veremos a continuación, los conceptos de vulnerabilidad y resiliencia como salida posible de la alineación que significa para el sujeto esta problemática.

Según R. Zukerfeld (2005) **vulnerabilidad** sería “la cristalización de un modo escindido de funcionamiento universal y permanente que se expresa en la pobreza de la actividad fantasmática, tendencia a la descarga y precariedad de recursos mentales”. Se da en cualquier patología mental y aún en el individuo sano.

El trastorno en el funcionamiento mental, provoca una alteración en el soma que es el punto de manifestación.

Habría una semejanza entre fenómeno psicossomático y Burnout, ya que en ambos, el impacto traumático se inscribe en el cuerpo. "En los sujetos afectados, siempre existe una desproporción entre las demandas a enfrentar y los recursos internos y externos disponibles por el aparato psíquico" (Rusconi 2000).

R. D'Alvia (2005) dice que el individuo actual está permanentemente expuesto a tensiones provocadas por factores externos e internos que si puede metabolizarlos, se equilibran en armonía. A esto se llama STRESS (Síndrome General de Adaptación). Cuando al stress se le agrega un plus de sufrimiento, sobrecarga tensional, alteraciones metabólicas, etc, estamos ante el DISTRESS o estado de agotamiento o autointoxicación con distintas sustancias como las catecolaminas y el cortisol.

La **resiliencia**, sería el afrontamiento del estrés, la capacidad de algunas personas de reconstruir la lógica interna, subjetiva para revertir las condiciones deteriorantes con mejor éxito.

Para Zukerfeld (2005) sería "la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad".

Ambos autores mencionan el término enfrentar / afrontar, es decir, oponerse, ofrecer resistencia a las dificultades o adversidades. Sobreadaptarse, llegar al colapso sin luchar, proyectar sobre los otros la responsabilidad de los acontecimientos, somatizar, inhibirse o bloquearse en forma permanente perdiendo el entusiasmo en lo que se hace, etc, son formas de vulnerabilidad y por lo tanto, no poder reorganizar el mundo propio. El concepto de resiliencia proviene de la Física, siendo la propiedad de algunos cuerpos de sufrir una deformación momentánea para luego recuperar su forma anterior.

Estaríamos hablando de **Plasticidad**, la condición de flexibilidad ante el impacto de la realidad, haciendo un aprovechamiento de los obstáculos y un aprendizaje de la experiencia.

El Psicoanálisis nos ayuda a comprendernos en la forma que realmente somos, no en la que los otros quieren que seamos, ni en la imagen que fabricamos para ellos y sirve también para autoengañarnos.

Es importante que el profesional médico, odontólogo o psicoanalista, se dé cuenta de que también es un paciente y que solo es una ilusión el hecho de que por ayudar a recuperar la salud a otros, está inmunizado contra la enfermedad propia.



Considero valiosa la experiencia del profesional como paciente, para poder ponerse en el lugar del paciente. Sin embargo, sería poco aconsejable padecer un trastorno para experimentar la sensación, por eso, señalo la utilidad de la autorreflexión, la reflexión grupal o el proceso terapéutico, como vías para el conocimiento sin distancia excesiva.

Sabemos que el Síndrome de Burnout puede afectar tanto al paciente como al profesional y es porque, como vimos anteriormente, entre ambos se establece un vínculo donde lo que le ocurra a uno va a tener efecto en el otro.

El compromiso para prevenir esta sintomatología requiere una concientización a nivel individual, grupal e institucional, que solo se conseguirá en la medida que veamos el problema en su real dimensión.

Asimismo, en dichas cuestiones, las distintas comunidades profesionales (de la salud) presentan la misma problemática en sus miembros, por eso, el accionar interdisciplinario será de gran utilidad para relevar, tratar y poder modificar las condiciones de su génesis en forma conjunta.

## 1.6 Hipótesis

La falta de conocimientos acerca de los aspectos psicológicos del paciente por parte del odontólogo, puede provocar la evolución desfavorable del tratamiento y la caída del profesional en el Síndrome de Burnout, es decir, vulnerabiliza a ambos y de este modo, se traducirá en el empobrecimiento de la calidad del vínculo paciente – profesional, con las consecuencias biopsicosociales.

## 1.7 Objetivos

### **Objetivo principal:**

Describir la relación que existe entre el desconocimiento del odontólogo, desde su formación, de los aspectos emocionales del paciente y de la relación paciente – profesional, en el transcurso del tratamiento odontológico y su incidencia en la aparición del Síndrome de Burnout.

### **Objetivos específicos:**

- 1) Identificar qué vivencias tiene el odontólogo acerca de la relación con sus pacientes. Cómo subjetiva este encuentro.
- 2) Establecer el grado de concientización del odontólogo acerca de esta problemática.
- 3) Relevar la incidencia de sintomatología del Síndrome de Burnout.
- 4) Comprender la temática de los ideales: exigentes, hiper exigentes o nada exigentes y la sobreadaptación en el odontólogo.
- 5) Identificar ciertas entidades nosográficas psicopatológicas que el odontólogo con información o formación psicoanalítica, podría relevar en sus pacientes.
- 6) Describir cómo se juega la transferencia – contratransferencia en el curso del tratamiento odontológico, para poder utilizarla como recurso terapéutico.

## **2. Parte II**

### **2.1 Diseño**

Esta investigación apunta a aportar nuevo conocimiento en la problemática de la Interdisciplina, por lo tanto, he usado un criterio para su realización que tuvo en cuenta, a partir del estado de la cuestión, que la comprensión psicológica del paciente odontológico adulto, se trata de un área casi no desarrollada. Esto implicó realizar las primeras aproximaciones al objeto de estudio, a través de entrevistas semi dirigidas a odontólogos y a representantes del área psicológica de algunas facultades de Odontología, en relación a la formación del profesional. Quiero aclarar que he tomado la opinión de la Licenciada Graciela Wider (coordinadora del equipo psicológico de la Cátedra Odontología Integral Niños) porque en la Facultad de Odontología (UBA) no existe Psicología como materia en el tratamiento específico de Adultos, mientras que en las otras universidades seleccionadas, Psicología aplicada a la Odontología, es una materia incluida en los programas (Universidad del Salvador, Universidad Maimónides y Universidad Kennedy).

En dichas entrevistas tuve en cuenta el eje de la investigación a partir de cuestionarios realizados anteriormente, pero he dejado que los entrevistados se expresen si así lo querían en sus respuestas. Posteriormente, analicé el material en forma de conclusiones y presenté las respuestas de los odontólogos en forma integrada, no así las de las coordinadoras de las facultades, cuya importancia para distinguir las distintas modalidades en la formación que adopta cada universidad, requería que fueran individualizadas.

En base al resultado y análisis de dichas entrevistas, llegué a los indicadores expuestos en las conclusiones que relacionan los conceptos expuestos en antecedentes y marco teórico con las experiencias referidas por los agentes sociales que protagonizan la problemática.

## **2.2 Matriz de datos**

### **2.2.1 Universo de estudio:**

A estos fines, tomaremos como unidades de análisis (UA):

a) Odontólogos del Gran Buenos Aires y Provincia de Bs.As. en ejercicio profesional.

b) Coordinadores de materias psicológicas en las Facultades de Odontología de: Universidades: de Buenos Aires (UBA), El Salvador y Maimónides. Informante: Universidad Kennedy.

### **Variables (V):**

De la unidad de análisis (a), tomaremos como rasgos relevantes:

- Grado de conocimientos psicológicos del odontólogo.
- Aparición del Síndrome de Burnout.
- Conflictos emocionales en la relación paciente – profesional.

De la unidad de análisis (b):

- Formación profesional. Parámetros para la elaboración de programas de la carrera.
- Reconocimiento del Síndrome de Burnout como enfermedad profesional.
- Enfoques epistemológicos de las instituciones encargadas de la formación de profesionales odontólogos.

## **2.2.2 Plan de tratamiento**

Modelo de cuestionario de las entrevistas para odontólogos UA (a)

Edad – sexo.

Lugar de residencia

Años de ejercicio profesional.

- 1) ¿Realiza historia clínica en la primera sesión? Si es así: qué tipo de datos consigna?.
- 2) ¿Cuáles son las complicaciones emocionales más frecuentes que observa en la clínica? .
- 3) ¿Cómo intenta resolverlos?
- 4) ¿De qué modo siente que influye en usted el monto de ansiedad del paciente?
- 5) ¿Le interesa adquirir conocimientos sobre los aspectos psicológicos del paciente en tratamiento?
- 6) ¿Ha recibido información al respecto en algún nivel académico y/o ha realizado algún curso sobre la temática?
- 7) ¿Puede relacionar en usted la aparición de trastornos psíquicos o somáticos con la actividad profesional que desarrolla?
- 8) ¿Presenta agotamiento durante o posteriormente a la jornada laboral?
- 9) ¿Considera que la actividad profesional que realiza se acerca a las expectativas que tenía cuando se recibió?
- 10) ¿Ha participado o recibido propuestas para integrar grupos de reflexión sobre la actividad profesional?
- 11) ¿Hizo o hace algún tipo de psicoterapia?
- 12) ¿Tiene usted atención a ciertos parámetros de Calidad de vida como ser, sus formas de comunicación, de trabajo y remuneración y aspectos ligados a su recreación y placeres?

### **2.2.3 Fuentes de datos (UA a)**

Los entrevistados son cinco (5) odontólogos que ejercen la práctica privada en el Gran Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires (La Plata y Olavarría). Sus edades oscilan entre los 27 y 63 años. Todos varones. Han cursado la carrera en universidades estatales (UBA) y Universidad Nacional de La Plata.

#### **Análisis de los datos (UA a)**

##### Respuestas integradas

1) Algunos hacen historias clínicas y otros hacen fichas más procesadas, más diacrónicas (integran lo médico y odontológico). Otros toman datos específicos de antecedentes odontológicos. Los que hacen predominantemente clínica optan más por el modelo ficha mientras que los que hacen cirugía, necesitan datos ampliados en una historia clínica. El cirujano convoca una información más holística para prevenir riesgos.

2) Las categorías de complicaciones son muy variadas y van a depender en gran medida de la especialidad odontológica. En algunos casos hay como una objetalización del miedo: el perseguidor es el torno, que pasa a ser un “objeto animado” donde las categorías intersubjetivas quedan casi de lado. En otros colegas aparece una unidad de campo donde ante la pregunta, la respuesta es: complicación emocional ¿de quien? Esta situación muestra un obstáculo emocional que no queda discriminado. Cuando el entrevistador balancea la pregunta hacia el lado del profesional, hay una cierta discriminación en categorizar “ansiedad”. En algunos, ligada al miedo. En otros hay una diferenciación entre miedo y ansiedad pero no llega a categorizarse. El odontólogo joven tuvo la posibilidad de tener una experiencia informativa que incluía ideas sobre Salud Mental (Facultad de Odontología de la Universidad de La Plata). A pesar de que el entrevistador categorizó en el paciente y siguiendo la idea de un obvio campo terapéutico aunque no sea conciente,

En referencia a ciertos movimientos transferenciales (identificación proyectiva masiva), los asustaba, generando como respuesta, distanciamiento y hostilidad hacia el paciente.

3) El primer colega (endodoncista) manifiesta que reafirmando su seguridad profesional a través de adoptar la actitud de un rol seguro e implementando modalidades instrumentales como prevenir el dolor, las condiciones emocionales del paciente van a reducirse. Este profesional cuenta además con una modalidad no diacrónica en cuanto ve al paciente una o dos veces y esto no complicaría su forma de trabajo, dado que no habría ni confianza ni suficientes relaciones vinculares como para que el paciente pueda desarrollar sus emociones. Otro colega recurre a un diálogo (suponemos sobre situaciones generales) a fin de dispersar la posible ansiedad frente a lo desconocido del paciente. En otra entrevista, hemos visto una parecida recurrencia al diálogo pero más ligado a los aspectos médicos de la historia personal del paciente. Sobre ese modelo, este profesional se daría cuenta qué grado de relación subjetiva tendría el paciente con el medio, dado que él expresa si el paciente es abierto al diálogo, si es retraído, etc. En otro aspecto, siguiendo con el modelo 2, usando técnicas odontológicas, recurriría también al modelo anestésico/analgésico como acción específica que desde lo orgánico se puede controlar lo emocional.

4) En el colega endodoncista, vemos que había un reconocimiento de ciertos “modelos de ansiedad” (que no supo explicar) que podrían invadir el campo terapéutico. Relacionado con la aplicación de métodos específicos como la aplicación de anestesia, trató de apremiar al paciente para fijarlo en un movimiento de sobreadaptación al método, evitando cualquier atisbo de comunicación de ansiedad y tratando de evitar así la propia. Otro colega, responde desde una ansiedad acumulada que promueve una cierta tensión traducida en agotamiento, intentando resolverla asimétricamente con el descanso después de almorzar. Este colega, desde su experiencia, observa dos movimientos extremos: ante un paciente con un incremento de ansiedad importante, usa también la anestesia como forma de que no exprese su ansiedad, y en el otro extremo, cuando el paciente la expresa y él no está receptivo (pocas pulgas) trata de desmentirlo “no le doy bola” Otro colega, categoriza algo diferente que podríamos llamar en qué momento del proceso está el acto terapéutico. En un inicio le preocupa, luego va a poner la atención en si el paciente le expresa ansiedad y allí se siente abrumado. Ante esta tensión, generalmente encuentra ante pacientes muy ansiosos, una justificación basada en la dificultad de sentirse cuestionado para tomar una distancia definitiva del paciente.

5) Ante el requerimiento del interés por los aspectos psicológicos del paciente, la respuesta de uno de los colegas es de la valoración de otros indicadores, como el cumplimiento del encuadre, el cuidado de su estado general y bucal y el tipo de personalidad. Esto último hace referencia a que si intuye que la personalidad de ese futuro paciente va a presentarle complicaciones, trata de evitar tomarlo. Otro responde desde la ambigüedad de “quizás más adelante” y que podría ser como un interés general. Otro dice, desde una situación poco clara, que trataría de indagar algún conocimiento psicológico a través de la ocupación laboral del paciente.

6) En este ítem se destacan dos colegas, que en la Universidad Nacional de La Plata cursaron un cuatrimestre sobre Psicopatología, sobre todo relacionado con angustias y fobias (por supuesto no hay nada de información acerca de la relación odontólogo – paciente y los movimientos vinculares en relación a esta práctica). Otros colegas (formados en UBA), no reconocieron haber tenido ninguna formación psicológica a nivel académico y dos de ellos, dicen haber realizado cursos de post grado referidos al Burnout o algunas ideas en referencia a Psicología Evolutiva (zonas erógenas y situaciones transferenciales) teniendo como bibliografía, los artículos que yo he publicado.

7) En este punto hubo una sola respuesta negativa, el resto de los entrevistados expresó distintos tipos de movimientos psicosomáticos en relación a su actividad. Uno expresó que la profesión era un disparador de situaciones emocionales que no tenía resueltas. Cuando otro como contrapartida, manifiesta que la profesión era la causa de su malestar. Aquí, como vimos en otras preguntas, el tipo de especialidad, determina el incremento de ansiedad del profesional. Por ejemplo, los colegas que trabajan más en relación a patologías en que está más presente el dolor, se sienten más identificados con ese afecto. Para otros, la exigencia de trabajar a un ritmo sostenido e intenso, al que se agregan dificultades en el cobro de honorarios, presentan desde neuralgias del trigémino, dolores cervicales, espasmos de los músculos faciales e inflamaciones oculares. Aquí también influye el tipo de acción específica ligada a la posición ergonómica, repetitiva y a los ruidos traumáticos como el de la turbina, hemosuctores, etc.



8) Frente a esta pregunta, el total de los entrevistados coincide en la sensación de agotamiento, diferenciándose en que algunos (2) lo sienten más a posteriori de lo laboral, con expresiones como “se me acumuló” o “quedó como algo residual”. Podemos diferenciar el agotamiento por tener que sostener el dolor y / o la ansiedad del paciente del que se queja por la frustración de no ser reconocido económicamente. Otro colega habla de cierto agotamiento por acumulación de años de trabajo (40).

9) Ante este tipo de pregunta, se ha movilizado una enorme cantidad de respuestas. En algunos colegas persiste cierta satisfacción integral en la actividad profesional por sus logros económicos, reconociendo que se han cumplido algunas de sus expectativas, no solamente por la potencia económica que les ha permitido sino por las relaciones profesionales amistosas con colegas y pacientes. Esto responden los que se inclinan por el trabajo en equipo. Otros valoraron la satisfacción personal de este tipo de actividad pero con cierto desagrado al no haber logrado las expectativas económicas como tampoco haber conseguido la satisfacción de ciertos ideales humanísticos que desde la práctica alterada por la dependencia a las obras sociales, por ejemplo, ha limitado la eficiencia odontológica. Un colega hace una discriminación interesante entre distintos momentos de su práctica, categorizando tres movimientos desde lo literario: la parodia, la comedia y la tragedia. La parodia estaría dada por todos los elementos sugestivos y de seducción articulados en la relación con el paciente, como impronta de una imagen que tiende a hacerse idealizada. La comedia como el momento activo de lo que pragmáticamente se realiza y se termina con cierto logro eficiente; y la tragedia, es decir, que se han perdido todas las expectativas creadas desde su recibimiento.

10) En general las respuestas cursaron como negativas aunque un colega contestó que coordina cursos sobre la temática de Burnout. Otros dos se informaron de un grupo que intenté coordinar sobre “Avatares de nuestra profesión”, que debió ser cancelado por falta de quórum.

11) Aquí habría una sorpresa paradójal, dado que todos los entrevistados accedieron en algún momento de su vida a una psicoterapia. Decimos paradójal porque en referencia a la pregunta 10, ninguno integró un grupo de reflexión sobre su práctica

profesional. En dos colegas, la terapia incluía medicación ansiolítica, reconociendo en una de ellas que el motivo de consulta fue por trastornos psicosomáticos. Otro colega tuvo una psicoterapia breve, a la que se agregó terapia familiar.

12) Esta pregunta generó en casi todos los colegas una cierta confusión en la comprensión de la misma, que impidió dar ciertas respuestas más concretas. Ante cierta insistencia aclaratoria que implementé acerca de la composición de los ítems, se fueron desarrollando algunas interesantes respuestas. En la mayoría hubo coincidencia en que las dificultades remunerativas inciden en el desarrollo de aspectos de recreación y placenteros. En un colega parecería que no está muy discriminado el rol de la identidad, dado que las dificultades que tiene en su profesión por fallas remunerativas, interferirían masivamente en la integración en su identidad de aspectos ligados a su salud, comunicación y recreación. En relación a la salud, algunos reconocen su falla en el cuidado por sobrecarga laboral o por no cuidarse con controles adecuados. No obstante, casi todos se procuran un día de semana sin trabajar; los entrevistados de más antigüedad, realizan viajes de esparcimiento con frecuencia; otros se dedican a otras actividades que aunque relacionadas con la Odontología, no suponen el atender en el consultorio (clases en congresos, actividades políticas en instituciones odontológicas, etc.)

Ahora veremos el modelo de cuestionario para los coordinadores docentes UA (b):

Universidad:

Cargo:

- 1) ¿Usted cree que es posible la interdisciplina?
- 2) ¿Hay posibilidad con personas ya formadas?
- 3) ¿Ustedes tienen algún programa de estrategias para el inicio de una formación primaria en conjunto?
- 4) ¿Cuáles son los obstáculos habituales para esa integración?
- 5) ¿Tendría que haber un trabajo continuo (que podríamos llamar trabajo interdisciplinario) para procesar los obstáculos y para sostener buenos resultados?
- 6) ¿Qué beneficios tiene para usted la interdisciplina?
- 7) Si existieran obstáculos, ¿cómo los manejan? En los grupos de reflexión se habla de eso? ¿Qué estrategias desarrollan para prevenir esas dificultades?
- 8) ¿Por qué cree que la parte psicológica se ve más en Odontopediatría?

#### **2.2.5 Fuentes de datos (UA b)**

- a) Licenciada Nora Luis. Universidad Maimónides. Facultad de Odontología. Titular de la cátedra “Psicología aplicada a la clínica odontológica”.
- b) Licenciada Laura D’Imperio. Universidad del Salvador. Facultad de Medicina. Escuela de Odontología. Titular de la Cátedra de Psicología I, II y III.
- c) Licenciada Graciela Wider. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Cátedra de Odontopediatría. Coordinadora del equipo de psicólogos de la cátedra.
- d) Isabel Sanabria. Alumna de la Facultad de Odontología de la Universidad Kennedy. Informa sobre su cursada en la materia Psicología Odontológica.

## Respuestas

Universidad del Salvador.

Escuela de Odontología de la Facultad de Medicina

Licenciada Laura D'Imperio: titular de la cátedra Psicología Odontológica.

Ante mi solicitud de entrevista, la licenciada D'Imperio se comunica conmigo telefónicamente y contesta a mis preguntas por este medio. En respuesta a mi insistencia en entrevistarla personalmente, me indica que envíe una nota al Director de la Escuela, Dr. Carlos Mazariegos. Me sugiere también que consulte el libro de María Inés Egozcue y me envía por mail los programas de la materia y algunas de las respuestas.

1) Encuentra muchas resistencias de parte de los alumnos a las temáticas psicológicas y también en los docentes odontólogos.

2) Esto contesta la pregunta 2 también.

3) La cátedra de Psicología dentro de la carrera de Odontología, está dividida en tres módulos, siendo cada materia anual. Los dos primeros años de Odontología son conjuntos con Medicina y los tres siguientes, son individuales de cada carrera. Es en estos últimos que se cursa Psicología I, II y III.

Primer módulo: es introductorio a la Psicología, y muestra conceptos básicos de distintas teorías psicológicas. El objetivo principal es que el alumno pueda superar el reduccionismo biológico de la disciplina y que concientice la matriz vincular en que se desarrolla su profesión.

Algunos objetivos específicos son: que pueda integrar aportes de otras disciplinas, que pueda detectar condiciones de vulnerabilidad, que en la entrevista pueda incorporar aspectos subjetivos del vínculo, que comprenda que la enfermedad es una construcción simbólica, biológica y social.

La bibliografía requerida comprende: Psicología general, salud mental, Psicoanálisis (Freud, Anna Freud, José Bléger, Elsa Wolfberg), Teoría de la comunicación (Watzlawick).

De las 10 unidades, 5 son psicoanalíticas.

Los dispositivos técnicos que se utilizan son: clases expositivas dialogadas, actividades en las que los alumnos preparan, exponen y discuten el material teórico, coordinados por un profesor.

Segundo módulo: se refiere a la Psicología del niño y el adolescente. Está relacionada a la Cátedra de Odontopediatría. El curso es teórico – práctico. Esta materia: Psicología II, aporta conocimientos para

poder trabajar con pacientes niños que presentan trastornos psíquicos junto a un equipo interdisciplinario; conocimientos sobre la relación odontólogo – niño – madre o acompañante; nociones sobre el espacio transicional del juego para incluirlo en la atención; información sobre Psicología evolutiva para trabajar según la edad del niño; posibilidad de identificar vulnerabilidad y resiliencia en cada etapa del desarrollo infantil.

La bibliografía utilizada es: Freud, Egozcue, Winnicott, Aberastury, Piaget/Inhelder.

Dispositivos técnicos: clases teóricas, actividades prácticas: observaciones en la Cátedra de Odontopediatría de la atención de pacientes y elaboración de un informe relacionándola a la teoría.

Tercer módulo: Psicología III. Consiste en conceptos básicos de Psicopatología de adultos y Psicología comunitaria (social). Aquí se enfocan directamente los trastornos de salud mental que obstaculizan el tratamiento odontológico.

Se trata de transmitir que no son conductas voluntarias del paciente, para reducir temores y prejuicios en el profesional y estimularlo al trabajo interdisciplinario.

Se intenta que el alumno adquiera instrumentos para resolver situaciones difíciles cuando aparecen síntomas psíquicos durante el tratamiento.

Los contenidos incluyen la temática del dolor como construcción subjetiva y multicausal; se reflexiona sobre la exposición personal al distress (síndrome de burnout) en la actividad profesional; concepto de Psicoprofilaxis, como también Salud comunitaria, atención primaria y trabajo en equipos interdisciplinarios.

Bibliografía utilizada: Mac Kinnon y Michels (psiquiatría), Henry Ey (psiquiatría), Montero (psicología comunitaria) y Elsa Wolfberg (psicoanalista: prevención en salud mental).

Dispositivo técnico: talleres. Los alumnos preparan temas, exponen también sus casos clínicos y discuten. Se trabaja sobre el rol profesional.

4) Obstáculos más frecuentes: ausentismo de los alumnos, falta de entrega de trabajos, en muchos casos los varones tienen resistencias a atender niños.

En la facultad se plantea un trabajo continuo y simultáneo a las materias odontológicas. La finalidad principal es que se cursen a la vez para ir integrando ambas disciplinas durante la formación y que no queden escindidos los conocimientos de una y otra.

5) El beneficio principal de la interdisciplina es lograr una atención odontológica integrando aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sujeto.

6) En Odontopediatría se requiere tener conocimientos psicológicos para poder realizar la atención odontológica de niños, de modo que se hace indispensable tener cierta formación psicológica por las dificultades de los niños y sus padres.

.....  
Universidad Kennedy. Facultad de Odontología.

Cátedra: Psicología Odontológica (Psicología aplicada a la Odontología).

Informante: Isabel Sanabria (egresada de la Carrera de Odontología).

Año de cursada: 2002.

La informante me presenta los programas de la materia Psicología Odontológica, cuya duración es de un cuatrimestre, con una carga horaria de 5 horas semanales.

La metodología utilizada consiste en técnicas dinámicas, como rol - playing, grupos de elaboración, análisis de casos.

Se evalúa con un examen parcial y la presentación de dos trabajos prácticos.

La materia está fundamentada en brindar un enfoque transdisciplinario con la Psicoimmunología y las Psicologías Profundas abordando al sujeto desde una perspectiva biológico – psicológica y social históricamente configuradas.

Los principales **objetivos** son: que el alumno conozca fundamentos básicos de la Psicología Aplicada a la Odontología; trabajar la relación paciente – profesional y la psicopatología relacionada a la práctica clínica; reflexionar sobre Prevención en Odontología; analizar cómo la dimensión psicológica del sujeto puede presentarse como problema práctico en el ejercicio profesional.

El programa consta de 5 puntos:

1. Conceptos básicos de Psicología.
2. Aportes de las Psicologías profundas (Adler, Jung, Freud, Hipnosis).
3. La Psicología y su relación con la Odontología (vínculo paciente – profesional, obstáculos).
4. El dolor. (Diferencias entre dolor agudo y crónico, aspectos psicológicos del dolor, manejo y escucha del dolor).
5. Prevención para la salud. Calidad de vida, educación para la salud, integración del odontólogo al equipo de salud, stress).

Ejemplo de temática: Tipo de pacientes.

Subtítulos: La persona lógica: Carácter obsesivo. La persona demostrativa: carácter histérico. La persona infantil. La persona de acción. Carácter psicopático.

De cada tipo se dan las características básicas del comportamiento y se recomiendan formas de actuar frente a estos pacientes.

Otra temática sobre el estrés se trabaja con la lectura de un trabajo científico “Estrés en el Trabajo Odontológico” de la Dra. Jamileth Cortés E. de Segismund (Panamá), que apunta a explicar algunas características de lo que denominamos Síndrome de Burnout.

La informante comenta que en las clases de Psicología aplicada a la Odontología, los alumnos bromeaban entre ellos adjudicándose uno u otro tipo de psicopatología y que había resistencias de la mayoría a abordar las temáticas psicológicas. Se sentían abrumados por verse exigidos a incorporar temáticas que creían que no les correspondía saber. Pero agrega que si bien ella también tenía resistencias, notaba que en la clínica le era útil lo aprendido para lograr la comunicación con los pacientes.

No obstante, en la cursada, vivenciaba las clases como una carga extra a lo propio de la formación odontológica.

.....

Universidad de Buenos Aires

Facultad de Odontología. Cátedra Odontología Integral Niños.

Coordinadora del equipo de psicólogos: Licenciada Graciela Wider.

El equipo psicológico está conformado por 10 psicólogos. En la cursada de la materia, se incluyen 2 o 3 clases teóricas de psicología y talleres de reflexión para alumnos y docentes.

La coordinadora comenta que hay docentes muy resistentes al enfoque psicológico de la atención y que muchas veces, de los grupos salen como emergentes, conflictos entre alumnos y docentes, de alumnos entre ellos, así como también dentro del cuerpo docente. Los psicólogos, en algunos momentos son convocados en intentos de elaboración de dichos conflictos.

Asimismo, el equipo realiza una tarea asistencial cuando se presentan dificultades en la atención de algunos niños. Los alumnos cumplen tareas de educación para la salud en la recepción, dirigido a los acompañantes de los pacientes. También el equipo psicológico instruye a los cursantes de la Especialización en Odontopediatría, donde se realizan grupos de reflexión sobre la tarea.

Los talleres permiten comprender y resolver situaciones odontológicas conflictivas.

La Cátedra cuenta con un equipo de Fonoaudiología que integra también de este modo la atención del paciente y conforma una modalidad interdisciplinaria.

La Licenciada Wider afirma que la estructura de la Cátedra trabaja de forma articulada y que esto se debe a la herencia que legó el primer equipo de psicoanalistas coordinado por Arminda Aberastury, que dejó una impronta interdisciplinaria hasta la actualidad.

Modelo de clase teórica:

Temas:

Salud biopsíquica de los niños. Etapa oral de la libido. Observación de la relación de los padres con los niños en la sala de espera.

Aparato psíquico. Inconciente. Represión. Complejo de Edipo. Resistencia en psicoanálisis. Primera y Segunda tópicos Freudianas. Angustia. Defensa. Mecanismos de



defensa: Represión, Proyección, Introyección, Negación, Anulación, Idealización, Regresión, Sublimación, Aislamiento, Vuelta del instinto contra el yo.

Enfermedades psicológicas. Cómo se originan y por qué. Psicoanálisis.

Se transmite que en la Cátedra existe un espacio de reflexión, donde los alumnos pueden ampliar sus conocimientos sobre el comportamiento de niños y adolescentes y también pensar sobre sus dificultades en el vínculo con los pacientes.

Se apunta a que todo profesional de la salud pueda crear las condiciones de atención necesarias para el desarrollo integral normal de sus pacientes.

Autores psicoanalistas consultados:

S. Freud, A. Garma, D. Winnicott, Laplanche y Pontalis, F. Doltò. S. Bleichmar, A. Aberastury.

La coordinadora y una integrante del equipo me han recibido muy bien y pude observar el espacio destinado al gabinete psicológico como un lugar agradable, con el baúl de juguetes, mesas y sillitas (en las que nos sentamos), láminas para motivación, etc. De todos modos, las integrantes del equipo comparten la cocina de la Cátedra con el personal docente odontológico y fonoaudiológico, conformando un grupo humano que intenta brindar una mejor atención a los niños y transmitirlo a los alumnos, aportando cada uno conocimientos de su disciplina.

Pude comparar de esta forma, mi propia actividad en la cátedra en la década del 80, cuando estuve encargada de la motivación de los niños y sus acompañantes. No existía equipo psicológico en aquel momento y yo desarrollaba actividades como reunir a los niños en un salón donde había juguetes, mesitas y sillitas, proyección de videos, clases con láminas, etc. La actividad estaba secundarizada y la realizaba sola porque el resto de docentes se abocaba al tratamiento odontológico de los niños. Desde aquél entonces ya me interesaba en los aspectos emocionales de la práctica, aunque sin formación psicológica.

La licenciada Wider me comenta que el equipo psicológico a su cargo funciona desde hace 12 años.

Al preguntarle si existe alguna aproximación a la Psicología en alguna otra cátedra de la Facultad, me responde que no, que el resto de las cátedras parece ser refractario a la inclusión de la Psicología.

Universidad Maimónides. Facultad de Ciencias de la Salud.

Escuela de Odontología.

Coordinadora de la Cátedra: Psicología Odontológica: Licenciada Nora Luis.

La cátedra llamada Psicología Odontológica, está ligada a la Cátedra de Odontopediatría siguiendo una línea histórica proveniente de la Cátedra Odontología Integral Niños (UBA), a la que perteneció la coordinadora Luis durante años.

Refiere que en la Universidad Maimónides se había formado un equipo interdisciplinario sobre patología de la ATM, en el que intervino pero que ese equipo dejó de pertenecer a la Universidad porque sus integrantes crearon una Fundación y ella no siguió participando.

También comentó que el Director de la Escuela de Odontología (Dr. Guillermo Trigo) le pidió personalmente si podía realizar una investigación sobre la manera en que los alumnos llevaban la cursada de la carrera.

La coordinadora comentó ante mi pregunta por la articulación entre Odontología y Psicología que en la Universidad, las dos carreras no tienen conexión intrainstitucional y que ella siente que su trabajo está bastante **aislado** del de sus colegas psicólogos. A lo sumo, la Facultad de Psicología envía algunos alumnos para que realicen observaciones pero en sí, a nivel docente no hay interacción.

En referencia a los obstáculos de la interdisciplina, relata que hay enormes resistencias de parte de los alumnos a cursar las materias de Psicología Odontológica, citando el caso de un alumno que habiendo terminado de cursar la carrera, dejó la materia de Psicología para el final y no obstante haberle ofrecido diversas posibilidades para rendirla, no podía hacerlo. Ponía excusas y tenía ausentismo (llamaba desde el exterior del país diciendo que había tenido que viajar). Esto sucedió recurrentemente.

También refiere que había varios alumnos (casi todos varones) que tenían resistencias a atender niños (lo que da a entender la mayor implicancia de la Psicología en la Odontopediatría por sobre otras especialidades).

La materia que se dicta en Psicología Odontológica está programada en forma de clases teóricas con posteriores talleres de reflexión, los primeros años. Cuando se cursa Odontopediatría, las clases de Psicología son simultáneas a las odontológicas, donde se

trabaja en forma teórica y práctica sobre la clínica con pacientes. También se orienta a los alumnos en la relación con las madres o acompañantes.

Los fundamentos teóricos son los mismos que sostiene la Cátedra de Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología (UBA), es decir, psicoanalíticos tomando como referentes los trabajos de Arminda Aberastury y María Inés Egozcue.

La Licenciada Luis me presentó por último, a los integrantes del equipo docente de la Cátedra de Odontopediatría entre los que su titular, la Dra. Raquel Doño me comentó que ella había sido ayudante de cátedra en la época de Aberastury – Egozcue.

Decía que en la Cátedra, tienen una regla princeps que es que nunca se trata a un niño por la fuerza. Esto rige para los alumnos y también para los docentes

Esto significa recurrir a todos los aportes de la Psicología para conseguir la colaboración del paciente y que el tratamiento no represente un suceso traumático para él. De modo que quien pierde la tolerancia en la atención de niños, es sancionado hasta poder llegar a perder la cursada de la materia, y si es docente, queda separado de sus funciones en la cátedra.

### **Análisis de los datos (UA b)**

La inclusión de la Psicología en la formación del odontólogo, parece ser un tema de universidades privadas. La diferencia de enfoque de lo que significa el tratamiento con pacientes con la universidad estatal, marcaría una importante diferencia entre la práctica privada y pública posterior. No olvidemos que no hace mucho tiempo, históricamente hablando, que se enseña Odontología en Facultades privadas.

Por lo tanto, el nivel de comprensión del profesional egresado de unas y otras, quedará insinuado desde el comienzo de su práctica y veremos que los odontólogos recibidos hace muchos años, serán más resistentes a incorporar lo nuevo del aporte de la Psicología que los más jóvenes, formados en universidades privadas. Aunque según las respuestas de algunas coordinadoras del área psicológica de las facultades, los alumnos, sobre todo varones, presentan dificultades en las materias de Psicología, por lo que

inferimos que los sujetos que eligen la carrera de Odontología, se inclinan más a lo técnico – artesanal, biológico que a la relación humana que contiene la actividad.

Por otro lado, vemos que el Psicoanálisis ha impregnado considerablemente el marco teórico de las cátedras de Psicología en Odontología, encontrando aplicaciones en relación al paciente pero también en el mismo futuro odontólogo, considerando los riesgos pero también todas las posibilidades que se abren a partir de la inclusión de sus conceptos.

A nivel institucional, se nota que en general, solo las cátedras de Odontopediatría incluyen a los docentes psicólogos en sus equipos, quedando en compartimentos estancos en relación a la Odontología Adultos.

También observo que se toma a los psicólogos como consultores para todo tipo de conflictos que aparezca en las distintas cátedras, lo que plantea un lugar incierto de la disciplina dentro del ámbito odontológico.

Veo como fundamental que si la Psicología no está integrada a la Odontología desde los equipos docentes de las Facultades de Odontología, difícilmente se podrá formar con coherencia a los alumnos con un enfoque interdisciplinario.

De todos modos, es un buen augurio la existencia de materias de grado de Psicología y su organización y sistematización crecientes, que comenzarán a cambiar el perfil del odontólogo egresado y que con el tiempo, irán consolidando su intervención.

El Psicoanálisis como extensión de la Psicología General, parece ser el elegido en la construcción de los programas de dichas materias, debido a los valiosos aportes del grupo de Aberastury y colegas, pero que al haber intervenido en la especialidad de Niños, ha dejado muy marcada su impronta en estas cátedras.

Aspiro a contribuir con mi investigación a que la transformación de la clínica odontológica por los aportes psicoanalíticos se extienda a la Odontología de Adultos.

### **3. Conclusiones finales**

Luego de realizar este recorrido por los aspectos que presenta la problemática de la situación en la clínica odontológica, evaluada por autores que han reflexionado acerca de ello y de los actores que transmiten sus experiencias en las entrevistas, podemos arribar a algunas conclusiones.

Hasta la actualidad, la Odontología, como rama de la Medicina pero independizada de ésta, enfocó principalmente los aspectos teórico - técnicos de la disciplina, a partir también, de las exigencias culturales de perfección en pos de estética y función. Tal prioridad, dejó de lado la visión integral del sujeto – paciente, considerando que los aspectos físicos generales comprendían el campo médico y los emocionales, el campo psicológico. A esto se agregó la super especialización creciente de la disciplina que recorta cada vez más al individuo como una parcialidad.

A partir de ahí, las complicaciones que se presentan en la clínica odontológica son varias y diversas.

Dificultades en la relación paciente – profesional, así como la falta de formación para entender otros aspectos del sujeto, como los psicológicos, atentan contra el desarrollo de la práctica y conducen al desgaste emocional del vínculo y del mismo profesional.

Los odontólogos que entrevisté son egresados de UBA, desde hace más de 20 años, salvo uno que se formó en la Universidad de La Plata y pude observar, que carecieron de formación psicológica en la carrera de grado y sienten muy ajenas este tipo de temáticas.

Hay indicadores de falta de interés o de conocimiento de su parte acerca de los dispositivos de Prevención de la Salud, como por ejemplo los grupos de reflexión con colegas, como también la falta que proviene de las instituciones a las que pertenecen o se encargaron de su formación. Sin embargo, vemos que dos de las facultades seleccionadas (Maimónides y El Salvador) implementan los grupos de reflexión en la formación universitaria con buenos resultados.

La práctica odontológica habitual significa sostener una situación con el paciente en tratamiento, que tendría que tener el mismo cuidado que la práctica quirúrgica, pero al no ser considerada como tal, observamos que genera diversos tipos de alteraciones en la consecución del tratamiento. Las distintas especialidades que la constituyen, apuntan a

reestablecer anatomía, función y salud a la cavidad bucal del sujeto que las ha perdido. Por lo tanto, el odontólogo, formado en la técnica y el entendimiento del cuerpo biológico, se encontrará diariamente ante personas en situación de dolor y pérdidas, con las implicancias psíquicas que estos estados conllevan. En los profesionales consultados, tampoco parece haber registro de los efectos que la práctica profesional produce en ellos mismos, de modo que procuran eludir situaciones conflictivas, acallarlas por medios técnicos o directamente, optar por no atender o desligarse de determinados pacientes. Esto mostraría que vivencian su conflictiva laboral en forma individual, no grupal, y desmintiendo los síntomas y malestares que esta le produce, centrándose en jerarquizar los aspectos económicos, como forma calmatoria y de resarcimiento. En general hay posturas muy pragmáticas en la apreciación de sus vidas, como si al ignorar lo psíquico (que escinden de lo orgánico, tanto en el paciente como en ellos) esto no existiera. Asimismo, se ve la tensión y ansiedad, como estados constantes vivenciados, y sus formas o recursos para poder seguir la actividad a pesar de ellos.

Da la impresión de que la mayoría son muchas veces, “acumuladores de tensión” (distress), a partir de lo cual, se entiende la sintomatología psicósomática que presentan, así como el creciente agotamiento que expresan sentir en las jornadas laborales y al final de éstas.

En base a esto, la propuesta de mi investigación comprende la integración de conceptos psicoanalíticos en el abordaje del paciente, lo que significaría que el odontólogo podría comprender la dinámica de:

- a) La motivación inconciente de las modalidades psíquicas que aparecen en la clínica odontológica.
- b) La transferencia en el vínculo paciente – profesional como elemento ineludible en los procesos terapéuticos.
- c) Concientizar ciertas psicopatologías que habitualmente muestran los pacientes en una situación de ansiedad y regresión como es generalmente la sesión odontológica.
- d) El conocimiento de las pérdidas que se reactualizan en ese momento, es decir, la diacronía de sus duelos.
- e) Las crisis vitales por las que esté atravesando ese paciente.
- f) Las vicisitudes de ciertos conflictos que van a determinar distintos tipos de patología.

g) Identificar en sí mismo, los factores que lo exponen a contraer el Síndrome de Burnout o de desgaste profesional.

h) A través de la posibilidad de comprender las variantes del vínculo con su paciente, disminuir los riesgos de juicios de mala praxis y la iatrogenia.

i) Despertar su interés en esta temática adquiriendo una mirada crítica para desnaturalizar la situación.

j) La eficacia de la acción interdisciplinaria con el modelo psicoanalítico como comprensión integral e intento de prevenir las complicaciones de índole emocional que surgen en su práctica profesional.

Por lo tanto, la contribución que intenta la investigación de la Odontología interrelacionada con el modelo Psicoanalítico, significa una posible ampliación de los recursos del profesional en su práctica, al reconocer los problemas reales y de conocimiento que he mencionado (49 – 50). La valoración del aporte interdisciplinario, pienso que se conseguirá si el odontólogo adquiere nociones de estos otros aspectos del sujeto y las integra al aprendizaje del sustrato técnico - biológico.

Lo psíquico le dará la impronta de singularidad que hará de cada paciente un sujeto único, en la imbricación de los planos físico y psíquico, pero sobre todo en las ocasiones que se presentan situaciones apremiantes.

La Interdisciplina representa un desafío y un esfuerzo para las ciencias en general pero aporta la riqueza del interjuego de los distintos marcos conceptuales en pos de ampliar el conocimiento científico y avanzar en forma más creativa el contenido de cada disciplina. Así como también implica la flexibilización de las fronteras existentes entre comunidades científicas, permitiendo la incursión de profesionales de otros campos en la formación disciplinaria. Elaborar la cuestión de los dominios del saber, es una tarea que se hace “con otros”, pudiendo sostener el respeto por la alteridad y tolerando otros enfoques distintos acerca de las mismas problemáticas.

En un plano personal, mi marco conceptual se ha extendido, se ha transformado y nutrido de las teorías psicoanalíticas aplicadas a la clínica odontológica a partir de mi formación en Psicoanálisis.

Desde mi experiencia como odontóloga orientada psicoanalíticamente, entiendo la dificultad que representa poder pensar la clínica odontológica con un enfoque integrado.

Mantener el equilibrio entre sostener el eje del tratamiento técnico en sí, con la mayor idoneidad posible y simultáneamente dirigir la escucha de lo que el sujeto – paciente va vivenciando en el plano anímico. Pero el camino recién comienza y solo a partir del ejercicio de la Interdisciplina y en un trabajo de investigación conceptual grupal, podremos progresar en el conocimiento y con ello en el mejoramiento de las relaciones humanas que implica toda disciplina de la salud.

Llevo muchos años ejerciendo la clínica odontológica y muchos otros formándome en los aspectos psicológicos, de modo que espero que mis colegas en el futuro, obtengan una mejor formación psicológica de base que la que yo he tenido y que sí pude encontrar en diferentes instituciones de postgrado, en especial en la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados.

De esta forma, podrán considerar al paciente como un sujeto total y evitar que el trabajo profesional conduzca al desgaste o desánimo que nos perjudica a todos en forma personal y dentro de la comunidad.

Es mi deseo profundo que esta investigación contribuya al logro de estos fines y pueda fomentar la tarea de otros colegas que investiguen en esta línea.



## **Bibliografía**

1. **Aberastury Arminda (compiladora) y col.** (1978) El Psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. Paidós. 3era edición.
2. **Albanesi, Tifner, Nasetta** (2005). “Estrés laboral en los profesionales de la salud”. Revista de la AOA. Volumen 93. N° 2 (125 – 130).
3. **Barrionuevo O. Rodriguez Muruaga M.** (2000) Burnout o depresión por desgaste. El nuevo mal del milenio. Editorial Dunken. Buenos Aires.
4. **Bello M, Felner G.** (2001). BurnOut: Efectos en los equipos de salud. Figuras de lo traumático. AEAPG.
5. **Beker E. Benedetti C.** Revista CLAVES Hacia la Interdisciplina. N° 8. Grupos Balint. [www.elmurocultural.com/claves/balint](http://www.elmurocultural.com/claves/balint)
6. **Beker Ester, Benedetti Cristina, Goldvarg Norma.** CLAVES hacia la Interdisciplina. Interdisciplina. [www.elmurocultural.com](http://www.elmurocultural.com). Revistas N° 6, 7, 17 y 18.
7. **Bernardi R. y De León B.** (1999) Masoquismo, narcisismo y el síndrome de Burnout en el psicoanalista. Actualidad Psicológica. Bs. As. (18 a 22).
8. **Braceras Diana** [www.cancerteam.com.ar](http://www.cancerteam.com.ar) Psicoanálisis y Medicina: Pensar la interdisciplina.
9. **Bravo Héctor, Corino Carolina, Falkinhoff Pablo** (1999) Cirugía Máxilofacial. Psicoprofilaxis quirúrgica. Una disciplina que interdisciplina. [www.odontología-online.com](http://www.odontología-online.com)
10. **Bléger José** (1970) Temas de Psicología Social. Nueva Visión. Bs. As. 1971.
11. **Bustamante Alberto** (2005) “Calidad de vida y Odontología”. Capítulo 7. Calidad de vida (La relación biopsicosocial del sujeto). R. D’Alvia compilador. Lugar editorial.
12. **D’Alvia Rodolfo** (1997) “Freud y la psicósomática”. Rev. Del Instituto Psicosomático de Bs. As. N° 3.
13. **D’Alvia Rodolfo** (2002) “De la Psicósomática al Psicoanálisis”. Capítulo 9. Ida y Vuelta. Editorial Dunken.

14. **D'Alvia Rodolfo** (2005) Tesis de Maestría: Calidad de vida y sus implicancias en la salud. AEAPG.

15. **Dejours Christopher** (2005) La escogencia del órgano en Psicósomática: ¿un asunto superado? Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI. Lugar editorial.

16. **Egozcue M., Manfredi C., Basso M.** (1988). Odontopediatría y Psicología. Ed. Karkiegan.

17. **Ibídem** (1988) Capítulo 7. Miedo al dentista.

18. **Eydelsteyn S., Rusconi C.** (2000) “Efectos de la Interdisciplina en pacientes con afecciones psicósomáticas”. IV Jornada Interdisciplinaria. El hacer del psicoanalista en las instituciones. Efectos de la Interdisciplina. AEAPG.

19. **Ferrari H.** (1996) Salud mental en Medicina. Contribución del Psicoanálisis al campo de la Salud. Capítulo 1. López editores.

20. **Foucault Michel** (1976) Defender la sociedad. Clase del 14 de enero de 1976. Fondo de Cultura Económica de Argentina. 2000. (45 – 46)

21. **Freud S.** (1913) Tomo XIII “El interés por el Psicoanálisis”. “El interés por el Psicoanálisis para las ciencias no psicológicas”. Amorrortu editores.

22. **Freud S.** (1914) Obras completas “Introducción del narcisismo”. A.E. XIV.

23. **Freud S.** (1919 – 1918) Tomo XVII. “¿Debe el Psicoanálisis enseñarse en la Universidad?. A.E.

24. **Freud S.** (1925 – 1924) “Las resistencias contra el Psicoanálisis”. A.E. Tomo XIX (225 A 235).

25. **Freud S.** (1926) ¿Pueden los legos ejercer el Psicoanálisis?. A.E. Tomo XX (165 a 235).

26. **Galende Emiliano** (2008) Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser (10, 11, 12). Lugar editorial.

27. **Gómez Alicia** (2007) “Prevención psicósomática en Odontología”. Oeste informa. Rev. de la Asoc. Odontológica del Oeste. N° 232 (Mayo) y 233, (Junio).

28. **Gómez Alicia** (2007) Pensando la Alianza paciente – profesional. Boletín informativo – N° 3. Colegio de Odontólogos de la Pcia. de Bs. As. Distrito III.

29. **Gómez Alicia** (2008) ¿Trastornos depresivos en los profesionales de la salud? Revista de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Pcia. de Bs.As.

30. **Green André** (1993) El trabajo de lo negativo. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
31. **Koatz S, Lenarduzzi H.** (1995) Interdisciplina: Del pensamiento a la acción. Mención especial en el concurso "Premio Bléger". APA.
32. **Klimovsky G.** (2000) "El hacer del Psicoanalista en las instituciones. Efectos de la Interdisciplina". IV Jornada interdisciplinaria. AEAPG.
33. **Labourdette Sergio** (2007). Clases del seminario de Semiología Social de la Maestría en Psicoanálisis de UNLAM y AEAPG.
34. **Lorenzano Julio C.** (1996) La estructura del conocimiento científico. Capítulo 2: El método hipotético – deductivo. (50) Editorial Zavalía.
35. **Lustig de Ferrer S** (1988) Odontopediatría y Psicología. Fundamentos básicos de Psicología Profunda para la comprensión del paciente odontopediátrico. Capítulo 4. Ed. Karkiegan.
36. **Ibíd.** Nociones de Psicopatología del niño y del adolescente para odontopediatras. Capítulo 6.
37. **Ibíd.** Primer grupo psicoterapéutico de niños. Capítulo 12.
38. **Marcón Osvaldo** (2007) Interdisciplina. [www.elsantafesino.com](http://www.elsantafesino.com)
39. **Pissinis G.** (1999) (UBA) "Freud: de la hermenéutica a la Biología y viceversa" Rev. de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP).
40. **Rinaldi Guillermo** (2001) Prevención psicósomática del paciente quirúrgico. Paidós.
41. **Rusconi C.** (1995) "Lo interdisciplinario en Psicoanálisis" AEAPG. 18 Encuentro anual de discusión: La clínica psicoanalítica a 100 años de su descubrimiento.
42. **Rusconi C** (2000) El Burnout. La salud de los trabajadores de la salud. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA. Año 5. N° 1.
43. **Sztejman C.** "Calificación angiográfica y psíquica del corazón". Revista Argentina de Cardiología. Vol 75. N° 1. Enero / Febrero 2007.
44. **Winnicott Donald** (1958) "Escritos de pediatría y psicoanálisis". Buenos Aires. Paidós.
45. **Wolfberg Elsa** (2003) Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XIV.

46. **Zukerfeld Rubén (1988)** Transferencia y sugestión. 1er Congreso Argentino de Psicoanálisis. APA.

47. **Zukerfeld Rubén y Raquel (2005)** “Malestar, modos de enfermar y vulnerabilidad somática”. Capítulo 5. Procesos terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia. Lugar editorial.