

## Área Interdisciplinaria

# La filosofía en el consultorio: clínica y lectura de la enfermedad

AUTOR

**SERGIO JULIÁN SAENZ**

Especialista en Docencia Universitaria. Profesor y Licenciado en Filosofía.

Cátedra: Antropología Filosófica.

Facultad de Odontología, UNCuyo.

E-mail: [ssaenz@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:ssaenz@fodonto.uncu.edu.ar)

### RESUMEN

El concepto de salud integral, que responde a las demandas sociales de una mejor calidad de vida y se corresponde con el perfil propio del odontólogo, adquiere relevancia en la Clínica de Odontología en cuanto vinculación de saberes conceptuales, procedimentales y actitudinales. Nuestra hipótesis propone, mediante una reflexión de orden filosófico, la pertinencia y los alcances de los supuestos de la Antropología Filosófica en la práctica de la clínica de Odontología.

Palabras clave: Odontología- Clínica- interdisciplina- Antropología Filosófica.

### ABSTRACT

*The concept of holistic health, responding to social demands for a better quality of life and corresponds to the profile of the dentist himself, becomes relevant in Clinical Dentistry in linking conceptual knowledge, procedural and attitudinal. Our hypothesis proposes, through a reflection of a philosophical, relevance and scope of the assumptions of philosophical anthropology in the clinical practice of dentistry.*

*Key words: Dentistry-Clinical- interdisciplinary- Philosophical Anthropology.*

### INTRODUCCIÓN

#### La relación sistema estomatognático-salud integral

Desde el punto de vista clínico, la práctica de la Odontología responde al contexto de la salud integral. Esta afirmación se basa en la consideración de la cavidad bucal y sus estructuras conexas como sectores vinculados con el resto del organismo. La Odontología es la profesión que tiene por objetivo el tratamiento de pacientes que presentan patologías o alteraciones funcionales del sistema estomatognático que manifiestan enfermedades orgánicas o sistemáticas(1). Las alteraciones o disfunciones asociadas a dichas patologías se pueden observar en la cavidad bucal, lo que destaca la impor-

tancia del conocimiento de las diferentes sintomatologías bucales para el correcto diagnóstico. "En este sentido, podríamos decir que la cavidad bucal opera como un quimiógrafo que refleja el estado de salud de nuestro organismo"(2), sería un espejo que manifiesta la salud del paciente. En la clínica se aprecia la necesidad de establecer relaciones de orden interdisciplinar, a los efectos de brindar un servicio integral de salud (3) (4).

### DESARROLLO

#### La Antropología Filosófica como dispositivo en la integración de saberes

Si consideramos la historia de la Clínica, podemos establecer un proce-

so de inicio y desarrollo de este saber. En el periodo de comienzos de la clínica, las primeras culturas atribuían las enfermedades clínicas o "internas" a la magia o cuestiones de orden religioso. A partir del siglo IV A.C. aparecen en la cultura griega los primeros intentos por construir causas racionales sobre las enfermedades. Las concepciones iniciales de orden fisiopatológico definen la salud como la resultante de un equilibrio entre los factores de la naturaleza que inciden en el cuerpo humano como producto de un determinado estilo o régimen de vida (alimentación, prácticas sociales). Según este enfoque, los estados de humedad, sequedad, frío y calor afectan al cuerpo, por lo que la acción

terapéutica se debe orientar a la intervención responsable en dirección al mantenimiento del orden funcional-orgánico. La estabilidad dinámico-fisiológica es un reflejo del equilibrio que se descubre en la observación de los ciclos naturales y de los procesos vitales. Esta perspectiva da inicio a un marco interpretativo sobre el binomio salud-enfermedad, y es la base de las observaciones clínicas. La clínica como integración de saberes en la cultura griega es el primer antecedente de la sistematización de la práctica clínica, la cual fue resignificada desde mediados del siglo XX a través del concepto dinámico-integral de la salud como proceso.

En términos de modelos o marcos interpretativos de un proceso histórico, podemos constatar la vigencia de dos referentes teóricos en la clínica. El primero corresponde a la "teoría de los humores". En las Escuelas de Medicina de la antigüedad greco-latina predomina la explicación científica basada en los "humores" (líquidos internos propios del cuerpo). Dentro de dicho modelo se acepta la existencia de causas internas que producen enfermedades como consecuencia de factores exógenos: traumatismos, intoxicaciones, exposiciones a la intemperie. El equilibrio de los humores produce salud, su alteración produce enfermedad.

El modelo teórico-práctico de la Escuela de los humores formó parte de las bases teóricas de la clínica hasta inicios del siglo XV. La elaboración de instrumentos que facilitaban la observación de los órganos y el desarrollo de la metodología cuantitativa en la medición fisiológica son factores que producen el quiebre y un progresivo abandono del anterior modelo humoral a favor de la "teoría de los sólidos". La nueva orientación recibió el apoyo de las hipótesis mecanicistas

aplicadas en los seres vivos, que atribuye a fallos en la maquinaria corporal las causas de enfermedad. El mecanicismo contribuyó al proceso de consolidación de la elaboración de diagnósticos incorporando los fenómenos de las contracciones nerviosas, la sensibilidad y las respuestas motoras como disparadores explicativos a nivel racional y experimental.

### **La clínica y la interfaz objetivista. El reconocimiento del cuerpo como integralidad somatopsíquica.**

A partir de la Modernidad, la mirada científica se despliega para conocer la interioridad invisible del cuerpo. A diferencia de las épocas anteriores, el cuerpo es un objeto que se puede cuantificar, cuyas funciones se reconocen en el ámbito de los objetos y permiten la elaboración de leyes que predicen su comportamiento como un objeto más de la naturaleza. La obra de Descartes proporciona el fundamento de la concepción mecanicista: el cuerpo humano se puede considerar como una cosa entre las demás cosas de la naturaleza. Una de las consecuencias del enfoque mecanicista es la privación de los significados que otorgaban a la corporalidad el carácter de centro de experiencias propias del hombre en tanto ser viviente.

En el mecanicismo se fragmenta la unidad corporal, y el mismo cuerpo es definido en una subsumición de procesos objetivos. La dimensión comunicativa, que en la Antigüedad y en el Medioevo se desarrollaba como la unión de dos almas, se reduce en esta época a una conciencia resumida en un "yo no encarnado"(5). Con Descartes el cuerpo es una cosa subsumida en una explicación mecanicista. Las pasiones, los recuerdos, los deseos, las emociones se relegan como fuente de errores, de trampas

para la razón objetivante.

En el tema del vínculo clínico-paciente, la filosofía antropológica cartesiana tiene implicancias que van más allá de la simple objetivación del cuerpo orgánico. Con el mecanicismo hace su entrada el modelo del Hombre moderno y la corporalidad: el cuerpo es el límite o frontera de la propia individualidad. Las consecuencias de esta antropología tienen repercusiones en el ámbito de las Ciencias de la Salud: el cuerpo pierde su significado de micro-universo, a expensas de un discurso que se atiene a los aspectos visibles y mensurables. La incipiente anatomía (Vesalio) es una mirada que congela la corporalidad en la visibilidad de los órganos sin vida, y la recién formulada fisiología (Harvey) constituye una recreación del cuerpo a partir de sus aspectos mensurables.

Proponemos el inicio de la sintomatología en occidente a partir de la convergencia de estos dos saberes, a costa del abandono de la trama de significados que insertan al hombre en tanto ser que sufre. La enfermedad no es el testimonio de una biografía individual y única, sino el resultado de una falla en un órgano o en una determinada función(6). El profesional de la salud es un vigilante atento que no mira al enfermo, sino a la enfermedad: el cuerpo no es la superficie expresiva de una biografía, sino un conjunto de índices que remiten a una patología. El signo pasa a ser signo patológico, un síntoma. Se trata de una curiosa consecuencia: la enfermedad produce el alejamiento del hombre enfermo, que queda relegado o confinado a la mirada objetivante del poseedor del saber de la salud.

Las afirmaciones anteriores resumen una parte del saber biomédico de la Modernidad, cuyas consecuencias se pueden constatar hasta nuestros días. La lógica disyuntiva(7) o separadora

## La filosofía en el consultorio: clínica y lectura de la enfermedad.

Sergio Julián Saenz

del saber de la salud(cuerpo/ enfermedad-mente/ conciencia) comenzó a ser criticada, en un proceso de construcción de concepciones superadoras de esta dicotomía. Desde principios del siglo XX, la Antropología Filosófica interpreta la relación corporal desde la interioridad, a diferencia de la tradición cartesiana. El cuerpo no es un objeto, el cuerpo es mi cuerpo, lo que permite mi identidad y la integración social. La conciencia es conciencia de mi cuerpo, la percepción de mi propia existencia en el mundo. Desde la perspectiva de la salud, no nos referimos al cuerpo-objeto enfermo, sino a mi cuerpo sentido y vivido con una determinada dolencia. El cuerpo es una experiencia procesual, una serie de eventos que permiten construir el concepto de "historia natural de la enfermedad". En relación con la clínica, el profesional deja de ser aquel ojo atento solamente a los aspectos cuantificables, para pasar a ser el que reconoce los síntomas que están inmersos en una trama de significados para el paciente. La clínica es un saber procedimental de acompañamiento que desentraña, desde la anamnesis, los significados que representa la enfermedad para su paciente. De aquella mirada estática de la anatomía vesaliana, asistimos a la mirada integradora en donde el cuerpo es el escenario de dolencias significadas en una cultura. La Antropología Filosófica aporta a la clínica una somatología o teoría integral del cuerpo humano (8), una mirada que se amplía hacia la odontología restauradora y preventiva. La relación clínico-paciente se puede contextualizar a partir del encuentro de dos personas en una relación de intercorporalidad, un intercambio de saberes, de experiencias, con la finalidad de integrar los factores patológicos y favorecer la elaboración de un correcto diagnóstico.

Desde inicios del siglo XX, disciplinas como la endocrinología y la inmunología han facilitado el reconocimiento de las bases conceptuales del anterior modelo de los humores, en cuanto se admite como explicación a nivel fisiológico y de las respuestas corporales a las agresiones del entorno y las hormonas en tanto sustancias que no forman parte del modelo de las "partes sólidas" como marco interpretativo de la fisiopatología.

Retomamos nuestra hipótesis de la Antropología Filosófica en tanto dispositivo de significación de saberes en el contexto de los procesos clínicos de reconocimiento e integración de las finalidades curativas a nivel bucal. Los comienzos de la clínica se pueden vincular con los referentes conceptuales de la Antropología Filosófica. El concepto-eje que articula la integración de saberes en el diagnóstico y la propuesta de la terapéutica se refiere al cuerpo como caja de resonancia o superficie expresiva de los procesos patológicos y sus consecuencias. El esfuerzo profesional del clínico en odontología se puede sintetizar, en términos generales, en reunir, integrar, jerarquizar de modo sistemático los aspectos visibles (síntomas) de procesos invisibles (microagentes patológicos y disfunciones de orden fisiológico) que el paciente inicialmente no puede integrar como etiología de la enfermedad. Cada enfermo, en tanto desempeña el rol de paciente, expresa la individualidad de la respuesta corporal ante una patología. Proponemos la hipótesis del estrecho vínculo entre la clínica en Odontología y la Antropología Filosófica, tanto desde la crítica a una antropología reduccionista (la enfermedad como resultado excluyente de una disfunción o de una alteración de orden biomédico), como de una antropología integrativa (la enfermedad y la salud son entidades

complementarias, que se suceden en procesos dinámicos y con elementos multifactoriales a nivel etiológico).

## CONCLUSIÓN

### La lectura clínica y la perspectiva filosófica.

Hemos presentado los ejes de una propuesta de integración de orden interdisciplinar entre la Clínica en Odontología y la Antropología Filosófica. En lo referente a la salud, tanto la Odontología como la Filosofía adquieren identidad como saberes racionales desde el momento que se separan de las explicaciones no racionales sobre las patologías bucales. La Odontología comenzó su proceso de desarrollo en tanto ciencia con el rechazo del modelo de los insectos y las influencias de orden religioso como productores del malestar. Propuso terapéuticas a partir de la consideración de la cavidad bucal en tanto sistema funcional de tejidos blandos y duros, de la ecología de micro-organismos y en el ámbito de las alteraciones de la función masticatoria. Proponemos considerar la cavidad bucal y sus áreas adyacentes como sistema dinámico-funcional, en relación con la actitud filosófica de construir una "clínica filosófica de la enfermedad", en cuanto diagnóstico reflexivo de las configuraciones patológicas y disfuncionales del sistema estomatognático. Tanto la Clínica en Odontología como la Filosofía se pueden integrar como saberes explicativos de procesos de orden de ruptura y de restablecimiento de la salud a nivel biológico y actitudinal, como se expresa en el reconocimiento social del valor de la salud bucal. Otro aspecto de orden antropológico se puede identificar en el acto clínico: el paciente es una persona con una determina-

da demanda de atención de salud. En la elaboración de la anamnesis y en la sintomatología podemos reconocer la presencia de saberes que favorecen el perfil del clínico: la reflexión en y desde la propia práctica profesional tiene como supuestos una determina-

da concepción previa del paciente como persona y la cavidad bucal como escenario de los significados de la corporalidad.

Como cierre de este trabajo, que se propone presentar una línea de investigación a nivel interdisciplinar, creemos

que el diseño de dispositivos filosóficos (redes de significados) puede acompañar de modo beneficioso los procesos de consolidación profesional referidos al ámbito del diagnóstico, dentro del sistema conformado por el odontólogo clínico, la enfermedad y el paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BARRANCOS MOONEY, J. y BARRANCOS, P. (2006) *Operatoria dental. Integración clínica*, 2° ed., Bs. As., Editorial Panamericana, cap. 19.
2. GIGLIO, M. y NICOLISI, L. (2005) *Semiología en la práctica de la Odontología*. 1° ed., México, Mc Graw-Hill, p.1.
3. VARELA RUIZ, M. -coord.- (2011) *Educación basada en competencias*. 1° ed., México, Editorial Panamericana, cap.2.
4. PÉREZ LINDO, A. (2010) *¿Para qué educamos hoy? Filosofía de la educación para un nuevo mundo*. 1° ed., Bs. As., Editorial Biblos, cap.3.
5. ROVALETTI, M. (1998) *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. 1° ed., Bs. As., Lugar Editorial. p. 354.
6. Rovalett. *op.cit.*, p.360, *Op. cit.*, p.365. *Op. cit.*, p.368.
7. BORDELOIS, I (2009) *A la escucha del cuerpo*. 1° ed., Libros del Zorzal, cap.2.
8. BOTASSO, O (2006) *Lo esencial en la investigación clínica*. 2° ed., Bs. As., Editorial Corpus, cap.3.
9. CALLEJÓN, F. (2010) *Las claves para curar*. 1° ed., Bs. As., De los Cuatro Vientos, cap.9.
10. CANGUILHEM, G. (2005) *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida*. 1° ed., Bs. As., Amorrortu, Primera parte, cap.1.
11. CHIOZZA, L. (2007) *¿Por qué nos enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. 1° ed., Libros del Zorzal, cap. 4..
12. DALVIA, R. (2005) *Calidad de vida. La relación bio-psico-social del sujeto*. 1° ed., Bs. As., Lugar Editorial, cap.7.
13. FOUCAULT, M. (2011) *El gobierno de sí y de los otros*. 1° ed., Bs. As., Fondo de Cultura Económica, cap. "Situación del curso"
14. FOUCAULT, M. (2003) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. 1° ed., Bs. As., cap.9.
14. LE BRETON, D. (2007) *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*. 1° ed., Bs. As., Nueva Visión, cap.1.
15. LE BLANC, G. (2010) *Las enfermedades del hombre normal*. 1° ed., Bs. As., Nueva Visión, cap 1.
16. MARONGIU, F. (2011) *Historia de la Clínica Médica y la Medicina Interna*. 1° ed., Bs. As., Edimed, Parte II, cap. 1.
17. TESTA, M. (2006) *Pensar en salud*. 1° ed., Bs. As., Lugar Editorial, cap.4