

LA OCLUSIÓN: UN CONCEPTO FUNDANTE DE LA ODONTOLOGÍA

OCCLUSION: A FUNDAMENTAL CONCEPT IN DENTISTRY

NELSON CORTÉS CASTAÑO<sup>1</sup>

**RESUMEN.** El término oclusión se ha empleado en odontología para describir el alineamiento de los dientes, el acomodo de estos en el arco y los contactos de las superficies masticatorias. De las diferentes clasificaciones propuestas sobre la oclusión persiste la de Angle, a partir de la cual se han generalizado los vocablos oclusión normal y maloclusión. En el artículo se plantea lo complejo que ha sido para la profesión odontológica avanzar hacia un enfoque conceptual de sus diferentes objetos de conocimiento, en parte, dada su adscripción al discurso positivista de la ciencia, pero también merced a inadecuadas estrategias de enseñanza empleadas en algunas instituciones de enseñanza superior, centradas en la imagen como el único medio de aprendizaje y que han llevado a los estudiantes a no poder concebir la oclusión por fuera de la materialidad de un objeto-cosa. El objetivo del texto es situar en el ámbito de la profesión odontológica el 'concepto oclusión' como una elaboración del pensamiento que, aunque puede tener como apuntamiento lo orgánico de los dientes, debe hacer tránsito por la representación para, finalmente, emerger como concepto, quizás, el único propio de la odontología.

**Palabras clave:** oclusión, concepto, objeto, imagen, percepción, representación.

Cortés N. La oclusión: un concepto fundante de la odontología. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2007; 19 (1); 143-152.

**ABSTRACT.** The word occlusion has been employed in dentistry to describe the teeth alignment, their place in the dental arch and the contacts between their masticatory surfaces. From all the occlusal classifications proposed in the past, only one, described by Angle is used today from which the words normal occlusion and malocclusion have been used routinely. This paper analyzed the difficulties of the dental profession to obtain a conceptual approach to its objects of knowledge, part of it due to its adscription to the positive speech of science, but also due to the inadequacy of the teaching strategies in several educational institutions, centered in an image as the only method of learning that has placed the students in incapacity to conceive the occlusion free from the material concept of object-thing. This text intends to place the 'occlusal concept' in the scope of the dental profession as an elaborate effect of thinking that, although it may take origin in the organic of the teeth, must go through its representation to emerge as a concept, perhaps the only one that belongs to dentistry.

**Key words:** occlusion, concept, object, image, perception, representation.

Cortés N. Occlusion: A fundamental concept in dentistry. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2007; 19 (1); 143-152.

INTRODUCCIÓN

Académicos, investigadores y científicos saben de los riesgos que corren cuando introducen conceptos originales en un campo particular del conocimiento, especialmente cuando estos pueden producir fisuras en las teorías existentes. Así le sucedió a Galileo al defender las ideas de Copérnico con las cuales se modificaron las teorías existentes sobre el sistema planetario, entrando en disputa con la jerarquía

católica; a Heisenberg quien introdujo la teoría de los sistemas caóticos y las propiedades cuánticas que amenazaron la cómoda e inteligible imagen del universo que científicos anteriores habían concebido. Igualmente le sucedió —y en el campo específico de la ortodoncia— a Case, Hellman, y Grieve, entre otros ortodoncistas, quienes fueron ridiculizados por intentar introducir conceptos como variación individual, influencia hereditaria y discrepancia dentoalveolar, consideraciones que

1 Odontólogo, especialista en Ortodoncia, magíster en Ciencias Sociales, especialista en Didáctica Universitaria. Profesor titular, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Integrante del grupo UNUM VERTERE reconocido por Colciencias. Dirección electrónica: beatrizgo@une.net.co.

RECIBIDO: NOVIEMBRE 21/2006 – ACEPTADO: SEPTIEMBRE 25/2007

finalmente fueron aceptadas pero que en ese entonces disientan, al menos en parte, de los principios establecidos por Edwar H. Angle. Sin embargo, el conocimiento científico no hubiera avanzado si no se les hubiese permitido a dichos estudiosos de las ciencias, además de replantear lo existente, exponer sus proposiciones que, necesariamente, tuvieron que someter a la consideración de sus pares para su rechazo o aceptación.

El presente texto requiere, en primer lugar y antes de que se emita juicio alguno sobre él, de una lectura profunda del mismo y, en segundo lugar, que se posibilite su discusión en ambientes académicos. El autor advierte que la perspectiva que se presenta tomó respetuosa distancia de algunos de los postulados, al parecer intocables, sobre los cuales la odontología ha levantado su cuerpo teórico, no para desconocerlos sino, para interrogarlos y remozarlos. Se tuvo cuidado en no hacer referencia explícita a los procedimientos terapéuticos, sino a las acotaciones de diferentes autores que ponían en crisis a los mismos; con estos argumentos y otros tomados de campos disciplinarios diferentes a la odontología se espera hacer un aporte, aunque mínimo, para la construcción del estatuto epistémico en el que se debe sustentar, conceptualmente hablando, la profesión odontológica. Se espera que las hipótesis de trabajo que se exponen a la consideración de la comunidad académica odontológica susciten controversia en los potenciales lectores y que sus comentarios sean argumentados y críticos y no meras elucubraciones basadas en experiencias empíricas yuxtapuestas. Es, a partir de la confrontación de hipótesis o de teorías como se supera, en palabras de Thomas S. Kuhn<sup>1</sup>, la crisis que generan los nuevos paradigmas en las comunidades científicas.

Entre las décadas sesenta y ochenta del siglo pasado se formalizaron, afortunadamente, nuevos y serios enfoques teórico-conceptuales que originaron un ‘revolcón’ en la odontología. Buena parte de la literatura de ese período asumió una posición

crítica frente a lo que venía haciendo la profesión y propuso nuevas formas para construir el conocimiento odontológico. Las épocas posteriores se caracterizaron por el surgimiento de otro tipo de publicaciones, de corte tecnológico, que privilegiaron la eficacia, la eficiencia y la competitividad, acorde con el modelo de producción vigente. De la primera época mencionada se tomaron algunos referentes con los que se sustenta, al menos en parte, la presente exposición.

## GÉNESIS DE UN CONCEPTO

A principios del siglo XVIII el anatomista inglés John Hunter ya se había referido a lo que hoy en día los ortodoncistas denominan ‘oclusión ideal’. Sin embargo, fue Edward H. Angle uno de los primeros clínicos en presentar a la comunidad odontológica americana sus consideraciones sobre la disposición ideal de los dientes, modelo idealizado de organización que, en su concepto, cumplía con objetivos de belleza y función. En 1907 define la ‘oclusión normal’ como ‘la línea con la cual en forma y posición, acorde al tipo, los dientes deben estar en armonía’.<sup>2</sup> El razonamiento de Angle se puede considerar ideológico y de tipo inductivo —de lo particular a lo general— porque parte de la observación de ciertas características prototípicas de la dentición, interpretadas ‘acordes con el plan de la naturaleza’, que propone como muy convenientes para todos los individuos. Acorde con dicho planteamiento, cuando la organización de los arcos dentales cumple, morfológicamente hablando, con cánones de alineación y simetría, la nomina ‘oclusión normal’; en caso contrario, ‘mala oclusión’, una perversión de la relación normal<sup>2</sup>. En lo que no se detuvo Angle fue en la explicación del paso deductivo —de lo general a lo particular— tan importante para entender cómo se aplica la norma a los casos individuales.

Antes de Angle otros escritores se habían referido a las ‘irregularidades’ de los dientes como lo antagónico de una organización ‘regular’ de los mismos.

i. Las lesiones o disfunciones orgánicas no tienen, como se cree usualmente, existencia real como entidades independientes por fuera del individuo mismo que las padece. La ciencia médica positivista, aplicando su principio de objetividad, separa el objeto —la enfermedad— del sujeto —el enfermo— que la porta y lo nombra, es decir, le asigna un código para su identificación a partir del cual le da existencia simbólica.

Sin embargo, es el término ‘alineamiento’ el que se convierte para Angle en el objetivo esencial en su enseñanza al explicar su concepto de línea. Con base en criterios de ‘ordenamiento regular y armónico’ de la dentadura se difundió, dice Brunh,<sup>3</sup> el concepto de ‘oclusión normal’ como el prototipo de buena-oclusión que en adelante todos los odontólogos deberían reproducir en la boca de sus pacientes.

Varias décadas después de los planteamientos de Angle, algunos clínicos superaron las descripciones morfológicas de los dientes e incursionaron en los aspectos funcionales del sistema masticatorio y aparece en la literatura lo que se ha considerado el primer concepto importante para orientar el ejercicio clínico: la ‘oclusión bilateralmente balanceada’,<sup>4</sup> concepto desarrollado inicialmente para aumentar la estabilidad de las dentaduras postizas durante los movimientos mandibulares pero que, posteriormente, fue aceptado para la reconstrucción dentaria con prótesis fija. Para la década del cincuenta entran en controversia dos nuevos conceptos terapéuticos funcionales: la ‘oclusión unilateralmente balanceada o de función de grupo’<sup>5</sup> que preconiza la eliminación de los contactos del lado de balance de la postura filosófica anterior y la ‘oclusión mutuamente protegida’<sup>6</sup> que plantea la importancia de los dientes anteriores, incisivos y caninos, durante las excursiones laterales y protrusivas de la mandíbula.

Más bien recientemente surge el concepto de ‘oclusión individual dinámica’<sup>7</sup> centrado en la función del sistema masticatorio y no en una organización dentaria específica —así se llame ‘oclusión normal’—, concepto con el que se inicia una ruptura importante con las primigenias teorías sobre la oclusión: ya no es un modelo único el que se impone a todos los individuos, sino que son las condiciones particulares de cada paciente, con sus signos y sus síntomas, las que determinan los objetivos terapéuticos.<sup>7</sup> Con base en el nuevo criterio para evaluar la oclusión, se denomina ‘maloclusión’ solo a la organización dentaria generadora de para-función. Por lo anterior, si el sistema masticatorio funciona adecuadamente, la oclusión debe considerarse sana y aceptable, independientemente del

tipo de arreglo dentario; en dichas circunstancias no está indicado tratamiento alguno.<sup>7</sup>

No obstante el amplio rango de posibilidades funcionales, en la profesión odontológica aún persiste la tendencia a ubicar ‘la oclusión normal’ lo más cercano al centro de la curva de probabilidad de Gauss como si ella constituyera una característica inmanente a la dentición humana, predisposición bastante alejada de la realidad dado que la característica que más se repite en la naturaleza —lo típico— no es una disposición ‘regular y alineada’ de los dientes, sino variaciones en su organización, es decir, la ‘maloclusión’.<sup>8</sup>

## EL LÍMITE DEL DISCURSO

Hoy en día algunas disciplinas particulares que por muchos años custodiaron celosamente sus saberes podrían estar llegando al límite explicativo de su campo de dominio y necesitar del enfoque discursivo de otras ciencias. Para introducir el tema, y a manera de ejemplo, se hace referencia a un cierto ‘agotamiento’ que ha sufrido el discurso de la biología para explicar la organización de los seres vivos.

Las ciencias biológicas, como división de las ciencias naturales, ha fundamentado su discurso en la racionalidad analítica como método explicativo que le ha posibilitado el estudio de los sistemas vivientes, con la consecuente fragmentación y desaparición de sus objetos de conocimiento. Los organismos vivos los divide en órganos que, a su vez, descompone en tejidos para, luego reducirlos a elementos celulares y a moléculas. Ahora, cuando se llega a dimensiones moleculares, ya no son suficientes las explicaciones de la biología, por lo que debe recurrir a elucidaciones de la química o de la física, entre otras ciencias, que entran a aportar al conocimiento de los corpúsculos antes estructurados como organismos; la biología, entonces, deja de comportarse como una disciplina autónoma para confundirse, en mucho, con la química y la física. Así que los discernimientos sobre lo vivo, aunque parten de la biología llegan a un límite —la frontera del conocimiento— y necesariamente sus razonamientos tanto científicos como metafísicos tienen que

hacerse permeables otras interpretaciones,<sup>ii</sup> porque su campo particular del saber se ha complejizado, lo que no quiere decir, en manera alguna, que la biología haya sido desplazada de sus dominios, sino que hoy en día su campo de saber se construye interdisciplinariamente.

El anterior comentario sobre la biología permite hacer un paralelo con la odontología para señalar que sus planteamientos sobre la oclusión —que ha fundamentado principalmente en lo orgánico de las estructuras anatómicas—, también estarían llegando a un límite explicativo más allá del cual es necesario recurrir a otras formas discursivas<sup>iii</sup> que complementen lo ya sabido. Una ‘ciencia práctica’ como la odontología también necesita incursionar en el mundo de los conceptos, en tanto realidades del pensamiento y, además, trabajar en forma interdisciplinaria para la construcción de teoría; ambas acciones le posibilitan una reconsideración sobre lo que es ‘fundante’ para ella como disciplina científica: sus referentes teórico-conceptuales y metodológicos. No se puede olvidar que toda disciplina académica que tenga pretensión de ciencia debe poseer tanto conceptos básicos que la fundamenten, como una metodología que oriente su práctica profesional. Si la odontología aspira a tornarse científica debe —sin dejar de ser una ‘ciencia práctica’— volverse cada día más discursiva, preguntarse sobre ella misma, por los conceptos que la atraviesan y por sus objetos de estudio, los cimientos para construir su estatuto epistémico. La odontología tiene en la oclusión un concepto fundante, quizás el único que puede considerar propio<sup>iv</sup> porque los demás que han acompañado sus referentes teóricos: salud, enfermedad, normal, patológico, movimiento, estabilidad, oxidación, reducción, combustión, para mencionar solo unos pocos, son ‘prestados’ de otras ciencias como la medicina, la física o la química.

## DE LO ORGÁNICO A LO FISIOLÓGICO

No se puede desconocer que la profesión odontológica ha hecho ingentes esfuerzos por consolidarse como una profesión científica al reconstruir, paulatinamente, sus diferentes campos de conocimiento. En el caso específico de la oclusión, un avance importante —serio, en palabras de Ramfjord<sup>7</sup>— que progresó más allá de la simple descripción de características morfológicas o del recuento de manifestaciones disfuncionales fue el propuesto por Helkimo, en 1974, cuyo índice hizo énfasis tanto en la detección de los signos clínicos como en la consideración de los síntomas subjetivos de cada paciente. En la actualidad aún persisten y compiten dos paradigmas funcionales sobre la oclusión: el mecanicista y el funcionalista.<sup>11</sup> Los partidarios del primero ponen más atención en la obtención de una posición única de la mandíbula y en el diseño de la morfología como mecanismos de protección contra la parafunción, mientras que los seguidores del segundo se concentran en los procesos neuromusculares que regulan la posición de la mandíbula como mecanismo guía para la articulación dentaria.

Hoy en día, sin embargo, y a pesar de la relevancia del concepto oclusión, aún no hay claridad suficiente en la profesión sobre el significado de ‘oclusión normal’, ni se tienen estándares aceptados —basados en estudios longitudinales controlados— para determinar en qué casos se debe modificar la oclusión;<sup>7</sup> tampoco existe una definición precisa y significativa para el término ‘maloclusión’, ni se conoce, en la mayoría de los casos, su etiología.<sup>9</sup> No sorprende entonces que algunos investigadores reconocidos,<sup>10</sup> se hayan preguntado: ¿Cuál referente se debe tener en cuenta para nombrar determinado arreglo o disposición de los dientes como maloclusión: problemas

ii. De la misma forma que la física y la química han contribuido a clarificar la estructura molecular de los organismos vivos, la filosofía, la sociología, la antropología, la psicología, entre otras disciplinas sociales, han aportado para el tránsito del concepto de vida orgánica al de existencia humana.

iii. La referencia es tanto al conocimiento que pueden aportar las ciencias sociales y humanas: filosofía, sociología, antropología, psicología, entre otras, c□

iv. El término oclusión no es de uso exclusivo de la odontología. Lo ha empleado la medicina para denotar obliteración, cierre u obstrucción: oclusión pupilar, palpebral, coronaria o intestinal. Igualmente se usa en oficios cotidianos como la plomearía para expresar el taponamiento de las tuberías o de los desagües.

durante la masticación, la fonación o con alguna otra función? ¿Con qué criterios la maloclusión se ha convertido en un objetivo de tratamiento?

Los conceptos no deben entenderse como entes autónomos; por lo general, reciben parte de su significado de otros que le son conexos. El concepto oclusión no es una excepción y podría comprenderse mejor si se estudia en su relación con otros que han acompañado el discurso odontológico como normal, anomalía y patológico, para mencionar sólo algunos. No debe confundirse oclusión ‘normal’ con oclusión ‘ideal’; mientras la primera hay que entenderla dentro del rango de libertad que permite la norma —y en ese sentido con capacidad de adaptación funcional—, la segunda debería asumirse como aquella que posibilita la realización de todas las funciones propias del sistema estomatognático, y no como la que presenta la mejor organización morfológica. Si, como puede apreciarse, el término normal no tiene un sentido absoluto o esencial,<sup>12</sup> las oclusiones no deberían catalogarse infundadamente como ‘anormales’ dado que en un sistema biológico, ‘lo normal’ se puede encontrar dentro de un amplio espectro de adaptaciones fisiológicas.<sup>7</sup> Un viviente es ‘normal o anormal’ solo en relación consigo mismo, en condiciones idénticas o variadas<sup>12</sup> y con el medio en el que vive, y no acorde con una norma arbitrariamente impuesta.

Anomalía es un término con el que la profesión odontológica, al parecer, no está familiarizada. Etimológicamente, significa desigualdad, diferencia de nivel;<sup>12</sup> lo anómalo —que no debe confundirse con lo anormal— debe tomarse siempre en el sentido de lo desigual, para no persistir con la idea de lo deteriorado o lo imperfecto. Por lo anterior, la presencia de irregularidades dentarias —de anomalías— no es razón suficiente para clasificarlas como maloclusión —en el sentido patológico—, sino tan sólo como ‘realidades particulares’ de un individuo —siempre y cuando no presenten situaciones disfuncionales importantes.<sup>7</sup>

Con relación a ‘lo anormal’ es conveniente hacer la diferencia entre ‘a-normal’ (con guión) —en tanto la característica está por fuera de la norma establecida— y ‘anormal’ (sin guión) —en tanto evento patológico—. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir, entonces, que un individuo estaría enfermo, es decir, que presenta una condición patológica: morfológica o fisiológica —lo opuesto a un estado sano—, cuando está afectado por un valor vital negativo y, por ende, cuando está en riesgo su integridad corporal o su vida.<sup>12</sup>

No obstante lo anterior, en las profesiones de la salud las nociones, anormal y patológico aún se emplean indistintamente como equivalentes y opuestas al concepto de normal. En rigor, lo patológico es lo contrario vital de sano y no lo contrario lógico de normal.<sup>12</sup> De la misma manera que lo normal no es equivalente a lo sano y que lo anormal tampoco es idéntico a lo patológico, la finalidad de las prácticas médicas no es devolver el individuo a la normalidad, sino devolverle la salud.

A pesar del progreso alcanzado, la relación del odontólogo con los objetos de estudio —entre ellos la oclusión— sigue siendo muy similar a como fue en un principio: instrumental, pues apenas ha pasado de la implementación de técnicas para la organización artística de los dientes a terapias para el adecuado funcionamiento de los mismos olvidando, quizás, que también está en juego una dimensión estética<sup>v</sup> que le obliga a ‘mirar’ más allá de la boca, a relacionarse con seres humanos, con sujetos sociales inscritos en una determinada cultura y cuyas demandas no se limitan a lesiones o a disfunciones orgánicas.

## EL OBJETO Y LA IMAGEN

Si se quiere constatar la dificultad existente para avanzar en la construcción conceptual, basta con evaluar una estrategia de enseñanza empleada en algunas instituciones de educación superior, centrada en la imagen-objeto, y que han obstaculizado la

v. Aunque el término estética se emplea en la cotidianidad para referirse a las formas y al atractivo físico —y en ese sentido a todo lo que se ofrezca a la percepción—, el concepto está más relacionado con la emoción que se despierta en los seres humanos frente a los demás y a los acontecimientos de la vida. La cosmética, por su parte, se refiere al ordenamiento que se espera de las cosas en el mundo. La estética, a diferencia de la cosmética no responde a normas o a leyes.

comprensión de la oclusión como objeto de estudio. Una experiencia de la cotidianidad —la forma como aprenden los niños— servirá para ilustrar lo anterior.

Los niños perciben los objetos del mundo exterior, los relacionan con el significante sonoro correspondiente y dejan en la memoria una imagen<sup>vi</sup> de los mismos. Los padres —los primeros maestros— les muestran, por ejemplo, una vaca, a la que se le asigna un nombre: vaca y se le asocia con el mugido que emite: ‘muuu’; se trata de un aprendizaje en el que se asocia objeto, palabra y sonido. Durante esta forma primera de aprendizaje el niño, ingenuamente, considera que la imagen que conserva de la vaca es equivalente al objeto percibido, lo cual no tiene inconveniente alguno durante esa etapa de aprendizaje; la problemática comienza más tarde cuando en las demás fases de aprendizaje —con profesores— se continúa con el modelo pedagógico tradicional que propicia el aprendizaje pasivo y mecánico. Si el profesor persiste en señalar el objeto y en ‘capturarlo’ con el nombre asignado, habituará al estudiante a repetir lo que él afirma, le negará la oportunidad de representarlo simbólicamente y de construir teoría, pasos previos e importantes —aunque no los únicos— para la formación de una actitud crítica e investigativa.

De manera similar a la descrita anteriormente se enseña, por lo general, lo relacionado con la oclusión. El profesor muestra a los estudiantes un modelo de yeso, una diapositiva con un dibujo, o los dientes del paciente, que para el caso son lo mismo, y les dice: ‘miren’ la oclusión y ellos ‘ven’ la oclusión como si se tratara de un asunto de percepción. Con la estrategia de enseñanza anterior —que no brinda la posibilidad de reflexionar sobre ‘lo visto’— el estudiante de odontología no tiene otra opción que ‘retener’ el objeto mostrado como una imagen, mas no de avanzar hacia su ‘representación simbólica’, quedando el aprendizaje reducido a una especulación empírica sobre ‘la cosa’. Al existir una ‘perfecta adecuación’ entre mundo —el objeto externo— e

intelecto —la imagen interna—, el tema objeto de estudio queda ‘cabalmente comprendido’ y el estudiante ya no requiere de una interlocución adicional con su profesor para la resignificación de los contenidos y reconstrucción del objeto de estudio.

Si un profesor desea hacer una presentación académica sobre la oclusión y no cuenta sino con el recurso de los esquemas que delinean los contornos de los dientes, para indicar el contacto de las superficies masticatorias, surge, entonces, una pregunta: ¿Lo que los estudiantes deben aprender sobre la oclusión es que ella equivale a dientes en contacto? Si la respuesta al interrogante es afirmativa, entonces el ‘objeto de estudio’ —la oclusión— queda reducido a ‘objeto de intervención’ sobre el que se puede raspar, agregar, tallar, mover, etc. Si la respuesta es negativa, es decir, si el objeto en vez de material —de cosa física— es formal —determinado por el lenguaje—, les corresponde a los profesores y, por ende, a las instituciones educativas, replantear la estrategia con la que enseñan como un aporte significativo para la consolidación del estatuto epistémico de la profesión.

En muchos de los textos de odontología se puede leer que uno de los objetivos principales de todo tratamiento odontológico es alcanzar una organización ‘funcional y estética’ de los dientes. Al respecto Williamson comenta<sup>13</sup> que la máxima intercuspidad dentaria es ‘necesaria pero no suficiente’ para el logro de tal fin. A partir del razonamiento anterior se pueden extrapolar varios enunciados: el primero, que si el aprendizaje sobre la oclusión debe ser —como lo exige uno de los postulados de la ciencia— ‘lo más objetivo posible’,<sup>14</sup> el hecho de que un estudiante simplemente ‘mire’ las características de los dientes no indica per se objetividad, pues lo máximo que puede forjarse en su mente es una mera opinión —subjettiva por cierto— de ‘buena o de mala oclusión’; el segundo, que la evaluación de la función —el razonamiento sobre los signos y los síntomas clínicos— es un acto de intelección y no de percepción; el tercero, que las valoraciones

vi. Las imágenes □

—mal llamadas— ‘estéticas’<sup>vii</sup> sobre la oclusión definitivamente se apartan de los cánones objetivos de la ciencia; un contundente golpe a las especialidades clínicas consagradas a la ‘cosmética dental’ porque podrían catalogarse más como un servicio que aporta al bienestar social y mental de las personas que a la función de la dentición o a la salud misma.<sup>15</sup>

De la misma manera que un dibujo de una dama con una venda en los ojos y una balanza y una espada, en cada mano, no ‘representa la justicia’, tampoco un esquema con dientes en contacto ‘representa la oclusión’. Esa es la razón para el título del artículo, La oclusión, un concepto fundante de la odontología.

## DE LA PERCEPCIÓN A LA REPRESENTACIÓN

En la cotidianidad es frecuente llamar representaciones a las imágenes que se perciben de las cosas, por lo que ambas expresiones al ser empleadas indistintamente han adquirido —erróneamente— un significado muy similar. Mientras la percepción, como ya se ha mencionado, está más relacionada con la acción de recibir directamente por medio de uno de los sentidos las proyecciones de los objetos de mundo exterior —que se ‘guardan’ como imágenes—, la representación está encaminada a condensar en el discurso, y en forma ordenada, lo más relevante de la experiencia sensible, como un paso intermedio entre lo concreto —el objeto— y lo abstracto —el concepto.

Las imágenes, como se comentó antes, tienen cierta posibilidad de hacerse visibles, en forma gráfica por medio de esquemas, bocetos, dibujos, etc., circunstancia que aprovecha el profesor para intentar explicar la relación de semejanza que pudiera existir entre objeto e imagen; sin embargo, el paso de la percepción a la representación para llegar, finalmente, a la elaboración conceptual<sup>viii</sup> se efectúa

únicamente por medio del lenguaje, con palabras, lo que no quiere decir que estas equivalgan a los conceptos sino, que ellas —las palabras— son los significantes sonoros a partir de los cuales emergen las significaciones. Aún así, las palabras son incapaces de ‘atrapar’ lo esencial de las cosas por lo que el proceso de simbolización —que llevaría al aprendizaje conceptual— hay que repetirlo una y otra vez, en una cadena perenne de discursos y de significaciones.

Cuando se deba hacer referencia a la oclusión, el pensamiento no puede quedar detenido en los dientes —en la estructura concreta— porque se estaría dejando de lado la posibilidad de comprenderla de una manera abstracta a la que no se accede por la percepción sensorial, sino por medio de una operación intelectual, utilizando para ello los razonamientos que permite el lenguaje. Para aproximarse de una manera sencilla con el ejercicio de representar simbólicamente —con palabras— la oclusión se puede apelar a un ejemplo presentado por el matemático alemán Gotlob Frege,<sup>ix</sup> fundador de la lógica moderna: el eje de rotación de la Tierra, el cual es, objetivamente hablando, independiente de lo que se pueda percibir del globo terrestre; es decir, es un intangible<sup>x</sup> y no una materialidad. El eje de rotación de la Tierra, a pesar de no constituir una materialidad, no es totalmente independiente de ella; no tendría mucho sentido, dice el científico citado, hablar de un eje de rotación si no existiese un planeta que rota. De manera similar —pero en otra área de conocimiento—, es necesario ‘atravesar’ —como lo hace un eje imaginario— la materialidad de los dientes para que la oclusión emerja como concepto. En otras palabras, el eje de rotación es al planeta, lo que la oclusión es a los dientes.

En el presente documento se asumirá la representación como una construcción discursiva, una elaboración del pensamiento que, aunque puede tener

vii. Remitirse al pie de página vi.

viii. Un concepto es una elaboración del pensamiento que no parte, necesariamente, de la percepción directa del objeto y que es imposible de representación sensible.

ix. Citado por Berenguer RA. Razón y Fe. En: Evolución y Creación. Barcelona: Ariel; 1996: 204.

x. Aquello a lo que no se le puede atribuir una realidad material de la misma manera que a una vaca o a un diente.

origen en un objeto percibido, no se ‘paraliza’ con la imagen. La representación tiene como propósito tanto ordenar los esquemas inmediatos con los que se intenta dibujar los objetos del mundo exterior, como seleccionar los acontecimientos importantes de la experiencia sensible, un paso adelante de la percepción y anterior a la abstracción, abstracción que finalmente permitiría la elaboración conceptual y la reconstrucción del conocimiento.

¿Se pueden entender las anteriores reflexiones más allá del razonamiento teórico, es decir, en una forma ‘práctica’, como demandan algunos odontólogos? La respuesta debe ser sí: a los odontólogos nos compete pensar el rostro, la boca y los dientes de los pacientes que atiende no solamente como fragmentos de la anatomía humana, sino también como escenarios de representación en los que cada sujeto funda su imagen de cuerpo —construcción simbólica que no es equivalente a la anatomía humana— acorde con determinadas experiencias —con una historia de vida— que le fueron significativas.<sup>16</sup> Lucir un rostro bonito se ha convertido en la contemporaneidad en el emblema o signo del entorno social con el que los individuos quieren investirse porque consideran que los hace atractivos y objetos de contemplación; con un rostro bonito se pretende capturar la mirada del otro.<sup>17</sup> La boca, a su vez, además de ser un lugar del cuerpo anatómico en el que se alojan ciertos órganos —lo bucal—, también es un espacio por donde circula la palabra —lo oral— determinante del lazo social. Los dientes, por su parte, al mismo tiempo que objetos participantes en funciones como la masticación, son órganos de significación ligados al bienestar psíquico y social; su pérdida es mucho más que una herida narcisista; es el menoscabo de la autoimagen tan necesaria, al parecer, para la convivencia social.<sup>17</sup>

## DE LA IMAGEN AL CONCEPTO

La oclusión es, en concepto de muchos clínicos,<sup>9</sup> el núcleo central de la odontología. No tiene entonces sentido que en la profesión odontológica se siga empleando la lógica aristotélica del ‘o esto o aquello’, que traducida a términos odontológicos significa ‘o tiene oclusión normal o tiene maloclu-

sión’, olvidando, al parecer, que esta última puede ser solo una variación de la primera, un continuo de la ‘oclusión normal’.<sup>10</sup> Al establecerse la dicotomía buena-oclusión versus mala-oclusión se introduce un juicio de valor —moral— que no es propio de la ciencia, dado que esta no valora los hechos o los fenómenos anómalos como ‘malos o patológicos’, sino como atípicos o singulares, en tanto busca una explicación científica para ellos.<sup>12</sup> Cien años después de Angle, cuando el conocimiento científico existente en aquella época se ha reconstruido varias veces, no se entiende como muchos odontólogos siguen pensando en una imagen ideal de la oclusión como finalidad terapéutica; tampoco que el único criterio para dirimir entre ‘buena o ‘mala’ oclusión sea la presencia de irregularidades dentarias en el arco.

Lo que la profesión presentó en tiempos pretéritos como la oclusión normal o ideal ha sufrido, como se ha visto, un cambio importante: de la oclusión anatómica —el logro de formas artísticas— se pasa a la funcional —la preocupación por la salud— y, recientemente, se llega a la estética —el logro de una imagen acorde con las demandas sociales—. La ‘estética dental’ —una expresión de moda en la odontología— es una noción bastante imprecisa con la que el profesional intenta valorar la organización de los dientes; al ser cultural y subjetiva, constituye una inconsistencia más con el discurso normativo de la ciencia ya que se pretende situar un segmento del organismo humano no como lo que objetivamente es, sino como lo que subjetivamente debería ser.

Si lo que se pensaba ayer de la oclusión ya no es válido hoy, se puede concluir: primero, que el concepto de oclusión no está ligado exclusivamente a la materialidad orgánica, como tradicionalmente lo ha hecho ver la literatura odontológica, y segundo, que la ‘malocclusión’ no es una enfermedad, sino una anomalía para la que también hay que tener en cuenta determinantes socioculturales. Es comprensible, entonces, que el concepto ‘normal’ no tenga, hoy en día, un sentido único y que lo que está en juego ya no sea la salud de las personas, sino el lucimiento cosmético.

No tiene el autor como propósito finalizar este primer artículo con una definición o con un plan-



teamiento concluyente sobre la oclusión —que es lo que posiblemente esperarían algunos de los amables lectores—, pues de hacerlo no se progresaría en la propuesta de construir —conjuntamente— el concepto y, en cambio, sí se caería en el error de seguir construyendo teoría con definiciones —como la de 1907 restringida a lo morfológico<sup>19</sup>— y con elucubraciones provenientes de la ‘experiencia’. El interés para la escritura de este primer texto fue triple: uno, retomar un tema relevante para la profesión cuyos fundamentos, al parecer, permanecen ‘estáticos’ en el tiempo; dos, presentar algunos pensamientos tomados desde otros campos del saber para compartirllos con los lectores; y tres, provocar la controversia en la comunidad odontológica, paralizada por efecto de la ‘imagen’.

Lo importante ahora no son las definiciones, sino los criterios con los que se va seguir evaluando la oclusión: morfológico, fisiológico o estético, criterios que constituyen el insumo para la construcción del concepto. Si el criterio empleado por el odontólogo es el morfológico, y tiene en cuenta la noción de variabilidad, lo más relevante ya no estaría en el ideal normativo, sino en las características individuales de cada paciente que atiende;<sup>18</sup> si es el fisiológico, lo más importante se hallaría en los eventuales signos y síntomas clínicos de disfunción que pudiera presentar;<sup>7</sup> si es el estético, lo esencial se encontraría en los síntomas subjetivos y en la demanda que le subyace.<sup>20</sup> Como el lector puede apreciar, el concepto solo podrá ‘emerger’ después del reconocimiento del sujeto como una totalidad —que no se circunscribe a los signos y síntomas objetivos de la enfermedad— en una red de relaciones y conexiones objetivas unas —para recuperar la salud— y subjetivas otras —para el logro del bienestar—. Lo fundante del concepto no está, entonces, en el ‘objeto’ dientes, sino el ‘sujeto’ que los porta. Es a él, y no a la norma, a quien hay que preguntar lo que representa su demanda por una oclusión normal, bonita, o estética.

## CORRESPONDENCIA

Nelson Cortés Castaño

Dirección electrónica: beatrizgo@epm.net.co

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khun TS. La crisis y la emergencia de las teorías científicas. En: La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica; 2001. pp. 112-127.
2. Angle EH. Treatment of malocclusion of the teeth. Philadelphia: S. S. White Dental; 1907.
3. Bruhn C. El concepto de la norma. En: Escuela odontológica alemana. Tomo IV. Barcelona: Labor; 1944. pp. 401-403.
4. Sears VH. Balanced occlusion. J Am Dent Assoc 1925; 41: 1448-1457.
5. Schuyler C. Correction of occlusion; disharmony of the natural dentition. N Y Dent J 1947; 13: 455-263.
6. Stallard H., Stuart C. Concepts of occlusion. Dent Clin North Am 1963; 7: 591-606.
7. Ramfjord SP., Ash MM. Oclusión. México: McGraw-Hill; 1996.
8. Proffit WR. Malocclusion and dentofacial deformity in contemporary society. En: Contemporary orthodontics. St. Louis: Mosby; 1986. pp. 2-13.
9. Moorrees FA., Burstone RL., Christiansen RL., Hixon EH., Weinstein S. Research related to malocclusión. A “State of the Art” workshop conducted by the Oral-Facial Growth Development Program, The National Institute of Dental Research. Am J Orthod 1971;59 (1): 1-18.
10. Ackerman JI. Orthodontics: Art, science, or trans-science? Angle Orthod 1974; 44 (3): 243-250.
11. Storey AT. The neurobiology of occlusion. En: New vistas in orthodontics. Philadelphia: Lea & Febiger; 1985. pp. 103-121.
12. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. En: El conocimiento de la vida. Barcelona: Anagrama; 1971. pp. 183-200.
13. Williamson EH. Occlusal concepts in orthodontic diagnosis and treatment. En: New vistas in orthodontics: Philadelphia: Lea & Febiger; 1985. pp. 122-147.
14. Sabino CA. El problema del conocimiento. En: El proceso de investigación. Santafé de Bogotá: Panamericana; 1996. pp. 1-11.
15. Sadowsky C., BeGole EH. Long term effects on orthodontic treatment on periodontal health. Am J Orthod 1981; 80: 156-172.
16. Cortés N. De lo bucal a lo oral. La práctica odontológica: de la técnica al sujeto. [Monografía]. Medellín: Departamento de Psicoanálisis, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia; 2000.
17. Gómez BL. El cuerpo y el consumo de tecnología. La importancia del rostro en el juego de las apariencias. [Monografía]. Medellín: Departamento de Sociología,

- Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia; 2002.
18. Beyron H. Optimal occlusion. *Dent Clin North Am* 1969; 13 (3): 537-554.
19. Moore AW. Orthodontic vistas revisited. En: *New vistas in orthodontics*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1985. pp. 3-11.
20. Bernard M. Introducción. En: *El cuerpo. Un fenómeno ambivalente*. Barcelona: Piados; 1994. pp. 11-22.