

## PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LAS PRÁCTICAS DE LA GERODONTOLOGÍA

Ma. del Consuelo Chapela<sup>1</sup>



### INTRODUCCIÓN

¿Qué busca un lector o lectora en un capítulo que habla de promoción de la salud, ubicado en un libro de odontogeriatría y gerodontología? ¿Qué preguntas se ha hecho en su práctica profesional antes de querer o necesitar leer un capítulo como este? Para leer este capítulo es necesario que el lector o lectora reflexione antes sobre estas preguntas y, al hacer esto, estará incursionando ya en la forma de Promoción de la Salud (PS) que se propone aquí para la gerodontología. Una lectura útil o agradable de este capítulo requiere de que la o el lector quiera comprender a la o el adulto mayor de una manera que vaya más allá de un problema buco-dental en una cavidad envejecida; requiere que quiera dar una dimensión distinta o un '*plus valor*' a su pensamiento y práctica odontológica o gerodológica como investigador, como formador de profesionistas, practicante, agente gubernamental, u otro; que quiera transformar la manera de mirar y actuar en función de los problemas de la gerodontología más allá de como problemas de prevención, tratamiento y rehabilitación odontológica.

Este libro incluye capítulos en donde se describen los problemas demográficos actuales, la atención clínica, la perspectiva de la Salud Colectiva, y otros. En este capítulo hablo sobre una forma de hacer PS (ver también Chapela, 2007) como práctica gerodológica (Mendoza-Núñez, 2011) individual, grupal, colectiva o como acción gubernamental, que, sustentada en la Carta de Ottawa, busca que 'el Otro' y los 'Otros', en este caso la persona o personas que necesitan o buscan los servicios gerodológicos, ejerzan sus capacidades humanas para avanzar rumbo a '...identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente.' (Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986: 1). También hablo de cómo el sufrimiento de los adultos mayores originado por problemas bucodentales, limita sus posibilidades individuales y

---

<sup>1</sup> Profesora e Investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Área de investigación en Salud y Sociedad, Departamento de Atención a la Salud. CE: conich@correo.xoc.uam.mx

colectivas para identificar y realizar sus aspiraciones o para satisfacer sus necesidades, cambiar o adaptarse al medio ambiente; de cómo ese sufrimiento se produce en el contexto de la organización social, de los problemas y políticas de salud, económicos, hacendarios, educativos, de desarrollo social u otras; así como en el contexto de sus grupos sociales de pertenencia. Con base en ese entendimiento del sufrimiento de los adultos mayores, propongo que, para asegurar acciones efectivas para el alivio de ese sufrimiento, es necesario que tanto los gobiernos como los grupos sociales y los practicantes de la gerodontología se informen a partir de las voces de los mismos adultos mayores, identifiquen, comprendan y lleven a cabo acciones planificadas conjuntas que se refieran a ese sufrimiento, más que a cumplir con procedimientos, normas, metas, obligaciones, responsabilidades o intereses institucionales, particulares y de los proveedores de servicios, o a repetir prácticas convencionales de PS como pudieran ser: dar indicaciones, sustentar pláticas, elaborar folletos, leer rotafolios o entretener. Finalmente, en este capítulo expongo algunos aspectos a considerar para una PS del tipo que aquí se propone y sus instrumentos y prácticas fundamentales.

## CONCEPCIÓN DE ADULTO MAYOR PARA LA PS GERODONTOLÓGICA

El término 'promoción de la salud' es ampliamente utilizado en los discursos y prácticas de los profesionales y los servicios de salud. Sin embargo, la práctica de la promoción de la salud (PS) muestra grandes variaciones en cuanto a contenido y manera de hacer las cosas, lo que podemos interpretar como concepciones diferentes sobre lo que aparentemente todo profesional de la salud entiende de la misma manera. Por ejemplo, es frecuente encontrar que en la práctica preventiva y clínica de la odontología, la promoción de la salud se reduce a cumplir con informar a las personas sobre la 'buena' y la 'mala' atención a la dentadura, como parte de una serie de procedimientos uniformes que se suman a la historia clínica, la valoración del daño bucodental y el tratamiento o rehabilitación. Incluso, esta información puede ser incluida en folletos que se les dan a las personas al terminar su sesión de tratamiento, cumpliendo así con los procedimientos. En el caso de la atención odontológica a personas adultas mayores, esta situación se hace aún más patente. La concepción de promoción de la salud que observamos detrás de la

práctica descrita, aparece como algo 'extra', fácil de resolver y que no necesita de mayor entendimiento comparada con las maniobras requeridas para el tratamiento de los problemas odontológicos. Nada más alejado de la realidad cuando la PS se entiende como una práctica que se refiere a la persona como ente indivisible, a los grupos de la sociedad y su organización, y a los espacios producidos en la interacción entre seres humanos en el contexto histórico. Los espacios desde donde se puede ejercer la práctica de la promoción de la salud son tantos como espacios sociales existen, desde la relación familiar o clínica 'uno a uno', hasta los espacios de producción de políticas públicas, organización de los servicios de atención, formación de personal de salud o formulación de programas y presupuestos.

En la formación profesional, y más tarde en la práctica profesional de la odontología, domina el interés por los conocimientos biológico-clínicos, los avances tecnológicos, de materiales y técnicos, por encima del interés por comprender quién es la persona que sufre y que llega al espacio clínico a causa de un problema de la cavidad buco-dental. Esto lo podemos constatar sin demasiado problema cuando vemos la manera en que se publicitan los servicios dentales: extracciones, coronas, implantes, limpieza dental, amalgamas, o prótesis. Para comprender la salud bucodental desde una perspectiva distinta a la tradicional, académica u oficial, capaz de transformar de manera significativa el sufrimiento de las personas adultas mayores con problemas bucodentales, es necesario reflexionar sobre qué es la salud, qué es entonces la salud bucodental para los adultos mayores, y luego comprender al espacio clínico y preventivo como un espacio en donde se puede promover la salud. Si queremos comprender lo que se necesita como PS entre y con los adultos mayores, necesitamos reflexionar en primera instancia sobre cómo concebimos al adulto mayor (AM).

Un adulto o adulta mayor (AM) es un ser humano

Como principio básico para el entendimiento de qué es un AM, parto aquí de la premisa de que es, antes que nada, una persona, un ser humano. Y ¿qué es una persona? Para esta pregunta se han generado infinidad de respuestas a lo largo de

la historia. Aquí propongo una que permite pasar de los conceptos de PS a su práctica: un ser humano es un ser ético, es decir, un ser consciente de sí mismo, del mundo en que existe y de su finitud, de su continuo avanzar hacia la muerte; es un ser capaz de dar sentido a las cosas del mundo, de simbolizar y apreciar las cosas del mundo; un ser capaz de responsabilidad de sí mismo y de los otros; de reflexión. Un ser humano es un ser inacabado, siempre en proyecto, con capacidad de transformar su situación y las cosas del mundo mediante el uso de la palabra (Heidegger, 1962). Estas características del ser humano son posibles gracias a su materialidad biológica, a la particular constitución de su cerebro, que lo capacita como ser *sapiens*, capaz de razonar, de tener memoria, de pensar; como ser erótico, capaz de pasión, de ira, de amor; como ser lúdico: capaz de proyectarse, de soñar, de crear. En el ejercicio de estas capacidades, *sapiens*, erótica y lúdica, el ser humano genera otras: la capacidad económica, capacidad de identificar sus límites y posibilidades; la capacidad política, capacidad que le permite generar escenarios posibles para el futuro y elegir de entre ellos aquél para el que esté dispuesto a avanzar. El ser humano necesita ejercer esas cinco capacidades para poder ejercer la sexta: la *faber*, la capacidad de actuar con intención en el mundo material (ver también Chapela, 2010). Con estas capacidades, el ser humano está continuamente, con mayor o menor grado de consciencia, transformándose, cambiando y transformando el mundo en que vive. Es por esto que se constituye en un ser en proyecto y constructor de proyecto, buscando de una u otra manera deshacerse de las ataduras que lo hacen ser y hacer lo que es y hace en un momento determinado, para avanzar hacia nuevas maneras de ser y hacer. Es un ser con capacidad y voluntad de emancipación.

Una o un AM es un ser humano y por tanto, es un ser ético, capaz de responsabilidad, de construcción de proyectos, de ejercicio y desarrollo de sus capacidades humanas, de actuar con intención. Un AM ha desarrollado sus capacidades humanas y sus proyectos de maneras particulares, ha estado en procesos de transformación y cambio biológico y de sentido desde hace más tiempo que muchos de quienes conviven con él o ella. Correspondiendo con esta definición de AM, podemos derivar que un AM saludable es aquél o aquélla que vive sus procesos de transformación de manera ética, reflexiva, incorporando su

experiencia en estos procesos, ejerciendo y desarrollando sus capacidades humanas en la construcción y consecución de sus proyectos.

### Cuerpo humano

Las capacidades humanas, asentadas en la constitución biológica particular del ser humano, solamente se pueden expresar como *faber*, como acción, como práctica intencionada en el mundo, por la acción de una forma de exclusiva de los seres humanos: el 'cuerpo encarnado' (Merleau Ponty, 1962), el ser corporal. El cuerpo humano, a diferencia de otros seres biológicos, es un cuerpo cargado de subjetividad, es una sola cosa bidimensional objetiva y subjetiva inseparable que existe construyendo proyectos de transformación objetivo-subjetiva para sí mismo y para el mundo en que vive. Pensar en 'desencarnar', descorporeizar, al ser humano nos lleva a pensar en cuerpos que han perdido su funcionamiento cerebral, o que no han completado la formación de ese órgano y por tanto no están dotados de las capacidades que definen al ser humano. Desde esta perspectiva, como profesionales nos podemos preguntar: cuando tocamos un cuerpo ¿entendemos qué es lo que estamos haciendo?, ¿nuestras manos, nuestra mirada, nuestra escucha, nuestro lenguaje, están en condiciones de tocarlo?, ¿qué nos autoriza a tocar el cuerpo que se presenta a mí como El Otro?, ¿me sé, me reconozco a mí mismo(a) como ser encarnado?

Para encarnar, el ser humano requiere del paso por dos 'úteros', el útero biológico materno y el útero social. En la concepción biológica, la mezcla de DNA paterno y materno resulta en la diferenciación biológica de los cuerpos: a excepción de las discusiones sobre la igualdad o no igualdad biológica de los mellizos, no hay un cuerpo igual a otro. En el útero biológico, sobre una base genética, el cuerpo se nutre y crece de manera tal que se pone en condiciones de ser posible fuera del útero materno. Sin embargo, aún no está dotado de la madurez cerebral requerida para hacer posible su encarnación. El ser humano requiere de un segundo útero, es, de manera analógica, 'marsupial'. El cuerpo necesita nacer a un 'segundo útero', el útero social; un útero en donde sea albergado por seres humanos, por los Otros, quienes proveerán de las condiciones materiales en lo que termina la maduración

cerebral. En ese segundo útero, al tiempo que va madurando, el cuerpo se expone a los significados y sentidos que los Otros le dan al mundo; significados y sentidos contenidos en las palabras, en las expresiones de sus propios cuerpos, en cómo se han plasmado esos significados y sentidos en el entorno, en el segundo útero. Es aquí en donde es posible, en un cuerpo que va madurando, el proceso de encarnación, la dotación de los 'genes de significado y sentido', los 'genes sociales', en donde se gesta el lenguaje, en donde se gesta el cuerpo encarnado, el cuerpo humano. De esta manera, el ser humano solamente es posible gracias a su paso por 'los dos úteros' y en ambos, a la existencia del Otro, ese ser encarnado que me recuerda que no soy lo mismo que él, abriendo la posibilidad tanto de percibirme como 'yo', como de saber que el Otro también es un ser encarnado, un cuerpo humano. La encarnación sólo es posible en el grupo social; en la confrontación de la mismidad (yo mismo) con la otredad (los demás).

Comprender a la o el AM como ser encarnado, abre la posibilidad a una PS gerodontológica capaz de mirar la cavidad buco dental (CBD) y sus problemas como una abstracción imposible. Los problemas de la CBD de los adultos mayores, al igual que los de otras personas en condiciones etarias diferentes, no suceden en la cavidad misma, sino en la persona, en el ser humano, en el cuerpo bidimensional. Cuando un AM asiste a los servicios odontológicos o gerodontológicos, incluso cuando 'es llevado' por alguna otra persona, no asiste porque tenga un problema en su cavidad buco dental, sino porque tiene un problema encarnado, en donde todo su cuerpo -y por tanto su proyecto, sus capacidades humanas- está afectado en mayor o menor medida por algún cambio en su condición de integridad buco-dental. Lo mismo se puede decir cuando la condición alterada de la CBD es producto de alguna otra alteración biológica, como pudiera ser la Diabetes Mellitus, o de las condiciones del mundo en que vive, como pudieran ser el acceso a la alimentación, las carencias afectivas, o la no necesidad - a lo largo de la vida o en momentos determinados- de incluir la atención a la CBD dentro de sus prioridades. Las particularidades del cuerpo-adulto-mayor se configuran en sus procesos de transformación biológica y de ejercicio de las capacidades humanas que han transcurrido durante varias décadas. ¿Cuál ha sido la importancia de la CBD para el desarrollo de sus capacidades humanas? ¿Cómo

ha incluido la CBD en sus proyectos la persona que hoy catalogamos como AM?  
 ¿Con qué recursos ha contado esa persona para incluir la condición de su CBD en sus proyectos? ¿Cómo es que hoy está aquí requiriendo de atención a su CBD?  
 ¿Está aquí porque esto forma parte de su proyecto?

### Cuerpo-territorio

El cuerpo humano, dotado de sus capacidades humanas, es un ser poroso (Harvey 2000, 1996), en el que al tiempo en que penetran elementos materiales para el sostenimiento y desarrollo de su ser biológico y que aporta a su entorno elementos materiales transformados, también penetran elementos simbólicos con los que alimenta sus capacidades humanas y aporta a su entorno elementos simbólicos transformados. El cuerpo humano es entonces el que con su práctica significa los espacios humanos y en su dimensión material se constituye en la parte necesaria para lograr las intenciones humanas. Es por esto que el cuerpo humano es codiciado por los distintos poderes de otros seres humanos que intentan apropiarse de su práctica con sus propios fines (López-Moreno, Chapela, Hernández, Cerda y Outón, 2011; Beuchamp, 1996). Para el poder de dominación, el cuerpo es un territorio a invadir a base de inculcar en él significados lo suficientemente poderosos como para lograr que la práctica de cuerpos determinados –de uno por uno o muchos a la vez- se oriente a lograr los fines de esos poderes invasores. De esta manera, la codicia sobre el cuerpo lo convierte en cuerpo-territorio, cuerpo a invadir (Chapela y Consejo, 2010).

Aquí expongo algunos ejemplos de la utilización de los cuerpos con fines del poder. Si quiero que un niño se cepille los dientes cómo y cuando yo quiero, desde una concepción moral de ‘así debe de ser’, tengo que llevar a cabo acciones de inculcación de significados como ‘bien’, ‘mal’, premio, castigo, ‘te quiero/ya no te quiero’, perteneces/no perteneces (mira a tu hermanito qué bien lo hace... en cambio tú; si no te lavas se te van a picar los dientes y tendrás que ir al dentista; lávate los dientes, hazlo por mí; si no te lavas los dientes no vas a tener amigos). Si quiero vender una bebida gaseosa con alto contenido de fructuosa y sodio, inculco principios de inclusión/exclusión (Bourdieu, 1986, 1977) en los cuerpos que

quiero invadir, en donde conceptos básicos como salud, compañía, sentido de las cosas, se relacionan con pertenecer o no a un grupo de gente que 'está bien' (destapa la felicidad, destapa Coca Cola). Una vez inculcados los principios de inclusión/exclusión -lo que se logra a lo largo del tiempo y de manera más efectiva mientras más joven es el cuerpo a invadir-, la persona o grupo social 'voluntariamente' consumirá el refresco. Lo mismo hago si quiero modificar las leyes de provisión de servicios para privatizar y vender más de mis productos o cualquier otra imposición de mis intereses sobre los intereses de los otros. Como el lector o lectora puede observar, en el centro de la inculcación de significados para la invasión de los cuerpos-territorio está la utilización de la construcción de miedo a la exclusión, en donde la exclusión significa pérdida de los espacios de lealtad y reciprocidad y, por tanto, de seguridad.

#### Sufrimiento y resistencia

La invasión impide que '...un individuo o un grupo [sea] capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.' (Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986: 1). El sufrimiento humano, más que vinculado con el dolor o las carencias físicas, está íntimamente relacionado con la restricción al ejercicio de las capacidades humanas, a la construcción y a la consecución de un proyecto. Haga una pausa el lector o lectora en esta lectura; concédase un momento de reflexión. Traiga al presente una experiencia propia de sufrimiento. Analícela y descubra qué tanto ese sufrimiento se originó en el contexto de poderes desiguales, en la pérdida de algo querido para la consecución de su proyecto vital y cómo, al distorsionarse su proyecto, tuvo dificultad para ejercer sus capacidades humanas; ¿qué tanto ese sufrimiento se alivió cuando echó a andar sus capacidades y comenzó a renovar su proyecto? En la historia del AM, al cabo de varias décadas de vivir, ¿cuántas pérdidas ha habido?, ¿en qué situación han estado sus capacidades humanas y las condiciones para la reformulación de proyectos cada vez que se ha tenido una pérdida?, ¿quién es entonces ese AM que se presenta ante mí como mi Otro, que me da existencia?, ¿de qué se trata su sufrimiento?



El sufrimiento no es una vocación humana. La condición ética del cuerpo humano le capacita para la reflexión y la voluntad de emancipación de los poderes invasivos, de construcción de significados y sentidos de la vida propia. Esta voluntad se complementa con la capacidad de construir y reconstruir el lenguaje a partir de esos significados y sentidos propios y de transformar con el lenguaje la situación de dominación. Ante la perspectiva de la eventual invasión, de estar siendo invadido o de haber sido invadido, en ejercicio de sus capacidades, el cuerpo humano también ofrece resistencia. La manera de resistir a las invasiones varía de acuerdo con la forma más o menos 'libre' en que la persona ejerce sus capacidades humanas y con las características y formas en que los Otros invaden u ofrecen resistencia colectiva a la invasión. Muchas de las acciones de resistencia no son reconocidas por las personas como tales, se requiere de procesos de reflexión individual y colectiva para primero comprender que se encuentran ante actos de invasión, después para considerar la voluntad y capacidad de resistencia y finalmente para concebir y llevar a cabo acciones emancipadoras en función del proyecto propio y colectivo.

El AM, como persona, de una u otra forma ejerce resistencia a las invasiones que le impiden el desarrollo de sus capacidades y la construcción, reconstrucción y consecución de sus proyectos. Las transformaciones que han sucedido a lo largo de su vida le permiten tener una manera particular, única, de valorar lo que quiere incorporar como proyecto y lo que no. Al igual que otras personas en otros grupos etarios, su posibilidad de vivir de acuerdo con sus proyectos está subordinada al mayor o menor grado de independencia objetiva y subjetiva para estar y actuar en el mundo material, para ejercer su capacidad *faber*. El deterioro de la independencia objetiva y subjetiva se relaciona por ejemplo, con su trabajo, su ingreso, la condición de su cuerpo biológico, sus propiedades o su situación dentro de sus grupos sociales de referencia. Desde esta perspectiva, la resistencia de la persona a la dependencia que se espera cuando se percibe o induce a ser 'adulto mayor', por ejemplo a acatar instrucciones u órdenes, la podemos relacionar directamente con que las órdenes o instrucciones no corresponden con su proyecto y por tanto son invasivas a su persona. Sin embargo, al igual que en otros grupos etarios, aunque con más fuerza, es frecuente encontrar que los procesos

repetidos de subordinación a las invasiones que ha sufrido el AM, invasiones logradas en gran medida en la utilización del miedo a la exclusión, culminen en el AM como disminución de sus proyectos y pasividad para ser incluido(a) en los proyectos de los otros. Quizás entonces pueda convertir en proyecto sus formas invisibles de resistencia, lo que familiares y prestadores de servicios interpretan como desobediencia, necesidad o demencia e incluso intentan empatar con alguna de las enfermedades mentales definidas en los catálogos médicos<sup>2</sup>. Mientras tenga conciencia, aún de maneras que pueden pasar desapercibidas por las demás personas en su entorno social, el AM seguirá transformándose, seguirá ejerciendo, en mayor o menor medida, sus capacidades humanas, construirá proyectos de mayor o menor alcance, porque es cuerpo humano. Es común en la prestación de servicios que las capacidades humanas, los proyectos y la resistencia de los AM pasen desapercibidos. ¿A qué intereses es útil el cuerpo-territorio-AM? ¿Qué tanto las invasiones a los cuerpos de los AM obedecen a intenciones de invadir, a sordera ante su voz o a incompatibilidad de proyectos entre los AM y sus Otros?

#### Invasiones e inscripciones en el cuerpo-territorio en tiempos de AM

Las invasiones al cuerpo-territorio que conforman lo que llamamos ‘adulto mayor’, probablemente inician desde la manera en que nos referimos a ellos. ¿Quién, por qué y cómo se decidió que los que por siglos fueron viejos ahora son ‘adultos mayores’? ¿Fue esto discutido con ellos y ellas, acaso con sus grupos sociales de pertenencia? Si bien es cierto que podemos conceder que la intención de las instituciones al cambiar el término ‘viejo’ por el de ‘AM’ fue lograr su inclusión y avanzar hacia la igualdad etaria, el término ‘viejo’ no solamente incluye deterioro, carga o exclusión, también se refiere por ejemplo, a distintas formas de participación en la construcción de significados, a sabiduría, fortaleza, historias por contar, apoyo a sus Otros. Propongo que, al cambiar la concepción de viejo por la concepción de AM, el viejo pasó a ser institucionalizado, a quedar en manos de

---

<sup>2</sup> Es interesante observar cómo los movimientos de la psiquiatría crítica se fortalecen en la medida en la que los avances de la ciencia por sí mismos no ayudan a comprender los distintos comportamientos humanos (Warner, 2010; Watters, 2009, Summerfield, 2008). Estos movimientos actualmente solicitan la desaparición de la clasificación de las enfermedades mentales (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 2010), considerando que son formas de estigmatizar más que de comprender y ayudar a las personas (ICPN, 2013; Consejo General de la Psicología en España, 2013; Pickett y Wilkinson, 2010).

las instituciones, a ser 'cosa', 'asunto' de las instituciones, pasando por alto el valor cultural, simbólico y material de los viejos en sus propios ámbitos. Igual que las instituciones miraron antes a los viejos como algo homogéneo, y esto condujo también a su marginación como seres éticos, ahora institucionalmente el reemplazo de concepción (AM en lugar de viejo) no elimina la desigualdad ni la exclusión.

Martínez Madonado (2012) propone que habría mejor que hablar de 'vejeces', lo que reconoce las peculiaridades, problemas y potencias de cada persona y grupo de personas sin desarraigarlos de sus contextos históricos, sociales y culturales de referencia. La concepción de viejo como ciudadano en igualdad con otros ciudadanos, con la potencia y valor de los ciudadanos, no es algo que se reivindique o elabore dentro de los discursos y prácticas sobre vejez y envejecimiento. Las decisiones sobre qué hacer con los viejos son mayoritariamente tomadas desde grupos etarios que nunca han tenido la experiencia del envejecimiento y de la vejez, que, aún estudiándolos, no conocen a los viejos ni la vejez. Las prácticas institucionales y/o profesionales son diseñadas PARA los viejos, no CON los viejos o POR los viejos. La información que se busca para informar las decisiones que se toman a todos los niveles con respecto a los problemas de los viejos, desde la familia hasta las leyes, se refiere a problemas que no son DE los viejos, son problemas PARA quien mira a los viejos desde sus propias posibilidades e intenciones. Esto incluye la información necesaria para llevar a cabo el diseño del trabajo gerodontológico.

Hay muchos significados de viejo que se filtran de manera no visible en los saberes y prácticas de los profesionales de la salud y que obstaculizan un ejercicio profesional que considere que hay distintas vejeces, que el AM es persona, es un ser humano ético, con capacidades y proyectos. En la tabla 1 considero cinco ejemplos, que, aunque frecuentes, no son aplicables ni a todos los profesionales ni a todos los AM ni a todas las relaciones AM-profesional, pero sirven para ilustrar lo que se viene diciendo hasta aquí y para que el lector o lectora reflexione sobre su propia práctica:

Cuadro 1. EJEMPLOS DE SIGNIFICADOS ASOCIADOS A CONCEPTOS FRECUENTES DE AM Y SU EFECTO COMO INVASIÓN AL CUERPO-TERRITORIO EN ALGUNAS PRÁCTICAS ODONTOGERIÁTRICAS

SIGNIFICADOS FRECUENTEMENTE ASOCIADOS CON EL CONCEPTO DE AM	EJEMPLOS DE IMPLICACIÓN SIMBÓLICA DE ESE SIGNIFICADO EN LOS SIGNIFICADOS PROFESIONALES	EL SIGNIFICADO VUELTO PRÁCTICA PROFESIONAL	INVASIÓN AL CUERPO-TERRITORIO	ALGUNAS POSIBILIDADES DE RESISTENCIA
Le queda poco tiempo, necesita los dientes 'no más' para comer	Desestimación de la CBD constitutiva del ser estético, erótico, sensual, de comunicación	Soluciones rápidas, eficientes para la masticación, económicas	El arreglo de la CBD obedece al proyecto del practicante o familiar, no al proyecto del AM	No utilización ni cuidado de prótesis, aviso tardío de nuevas molestias o lesiones
El AM no va a desarrollar más sus capacidades humanas	Es suficiente con mantener lo que ya hay	Soluciones rápidas, eficientes para la masticación, económicas	El arreglo de la CBD obedece al proyecto del practicante, no al proyecto del AM	'Desobediencia'
El AM no tiene proyecto, no hace nada, 'no más la va pasando'	Lo que yo le diga es mejor que lo que él tenga que decir	Indicaciones, explicaciones, pláticas	Intento de inculcación de sentidos de vivir y hacer	'No comprensión' de lo que se le dice 'Desobediencia' como proyecto
El AM no es responsable no entiende, es necio, tiene ideas fijas, no quiere comprender que el mundo ha cambiado	Las decisiones del AM no son tomables en cuenta Se requiere de alguien que lleve a cabo las decisiones que yo, como experto, tomo	Desestimación de los argumentos y razones del AM y de la comunicación con el AM. Búsqueda de comunicación con cuidadores primarios	Anulación de los significados y sentidos propios del AM. Imposición al AM de un proyecto de dependencia	'No comprensión', pasividad, ocultamientos, 'necedad'
Aunque con dificultades, el AM <u>todavía</u> puede aprender lo que se le dice	Hay que repetirle muchas veces y mostrar lo que le va a pasar si no hace lo que le digo	Explicaciones básicas e insuficientes, amenazas o chantajes	Anulación de los significados y sentidos propios del AM. Imposición al AM de un proyecto de dependencia	Desestimación de las explicaciones y contenidos de lo que se le dice

La invasión a los cuerpos-territorio, persistente a lo largo de la vida, con significados subjetivos provenientes de distintas necesidades de los poderes con los que la persona haya contendido, conduce a la invasión con prácticas objetivas y a la **inscripción** en los cuerpos de los procesos de invasión-resistencia que de manera individual o colectiva la persona haya vivido. Cuando en la práctica profesional nos encontramos con el Otro al que miramos como adulto mayor, estamos frente a un cuerpo que ha vivido, que ha contendido en luchas de invasión y resistencia, a veces invadiendo, a veces resistiendo, y todo eso está inscrito en su cuerpo. Estamos ante múltiples historias hechas cuerpo e inscritas en el cuerpo.

Mirado así, podemos considerar que las condiciones de la cavidad buco dental del AM son inscripciones de las contiendas que ha vivido con los distintos poderes: una CBD 'sana', una lesión cancerosa, edentulismo, lesiones cariosas, condición y calidad de reparaciones anteriores, procesos infecciosos, gingivitis u otras inflamaciones, incrustaciones decorativas en piezas dentales, u otras cosas que pudiéramos encontrar en la CBD, si las entendemos como inscripciones, nos estarán mostrando algunos aspectos de la vida-que-ha-vivido esa persona. La condición de la CBD muestra las condiciones de acceso a los servicios, a la alimentación, a la calidad de la misma, a la atención física y simbólica con que se ha contado desde el nacimiento, al acceso al agua, a los recursos de información y materiales para considerar a la CBD como recurso, parte de los proyectos vitales y de la persona misma. Ahí están las inscripciones, quizás pudiéramos, como profesionales de la salud, averiguar un poco sobre la trayectoria de vida que culminó inscribiéndose en la cavidad buco-dental.

Los recursos de información, de reflexión, de acceso a los bienes materiales, a la calidad en la atención, al cariño, se generan en el contexto social. Las inscripciones en la CBD del AM muestran en dónde y cómo ha vivido la persona en el contexto social, a qué leyes se ha sometido, en qué sitio dentro de sus espacios sociales, con qué políticas de salud, con qué forma de organización y resistencia social, en qué condiciones de igualdad o desigualdad, género, raza, grupo etario, ingreso, vivienda, servicios, qué tanto ha sido agente de su propia vida, qué tanto ha modificado su contexto como parte de su proyecto, que tanto ha sido partícipe de proyectos colectivos para el cambio, qué tanto se ha ejercido como ciudadano(a), qué tanto de manera individual y colectiva ha avanzado rumbo a '...identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente.' (Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986: 1). Entonces es posible sostener que las enfermedades de la cavidad buco-dental no nada más son causadas por determinantes sociales (World Conference on Social Determinants of Health, 2011; Comisión on Social Determinants of Health, 2008) o que son de determinación social sobre una base biológica (ALAMES, CEBES, CUT-Brasil, *et al.*, 2011; Breilh, 2003), sino que son de producción social (Chapela, 2013, 2010). La práctica gerodontológica que olvida que la cavidad buco-dental que tiene

enfrente es una expresión de la vida-que-ha-vivido la persona, encontrará serios obstáculos para poder avanzar hacia la solución de las inscripciones que causan sufrimiento al AM.

#### PARA PROMOVER LA SALUD DESDE LA ODONTOGERIATRÍA: REFLEXIÓN Y DIÁLOGO PARA REFORMULAR NUESTROS CONCEPTOS DE SALUD Y ADULTO MAYOR

Una primera condición para el cambio en nuestra práctica de promoción de la salud desde la práctica gerodontológica, es la disposición a cambiar nuestros conocimientos, es decir, a cambiar los presupuestos que nos relacionan con las cosas del mundo. En este caso, los conceptos convencionales de salud y de AM pueden constituir el principal obstáculo para lograr el alivio del sufrimiento desde la práctica gerodontológica. En lo que se refiere al concepto de salud, la propuesta en este capítulo es que, más que considerarla un estado de bienestar o armonía que hay que lograr a toda costa, podemos considerarla como una capacidad que resulta del ejercicio de las capacidades humanas y que, la manera como se ejerce la capacidad saludable se inscribe en el cuerpo humano, en este caso, como estado de la cavidad buco-dental (ver también Chapela y Consejo, 2010; Chapela, 2006). De aquí se deriva que la promoción de la salud que se puede hacer desde la práctica gerodontológica, estaría encaminada al desarrollo de la capacidad saludable y por tanto del proyecto vital de la persona o grupos de personas. Esto es aplicable a todo espacio de práctica gerodontológica y a todo AM consciente, aunque los proyectos que procuren parezcan poco trascendentes o poco importantes ante los ojos de quienes los atienden o cuidan. El cambio en la concepción de salud conduce al cambio en la manera de conocer al Otro Adulto Mayor, o viejo. Más que definir qué es AM, tendremos la curiosidad, la intención, las ganas, de conocer a la persona-cuerpo que vamos a tocar con nuestras manos, nuestra voz, nuestra mirada, nuestros procedimientos, nuestros medicamentos. Desarrollaremos nuestras propias capacidades para hacer de cada acto gerodontológico un recurso para investigar, para conocer y para planear junto con el Otro y hasta donde las condiciones de dependencia (las nuestras y las del AM) nos lo permitan.

A nivel individual o de pequeños grupos de personas, el cambio en la manera de conocer la salud y al Otro AM, si es producto de la reflexión y el diálogo, modificará la intención de la práctica gerodontológica y esta diferencia resultará en sí misma, en una diferencia en la manera de 'tocar' al Otro. La práctica gerodontológica tenderá entonces, siempre como camino a la utopía, a participar en el desarrollo del cuerpo humano, de las capacidades humanas, del proyecto del Otro. Los proyectos de restauración de la cavidad buco dental pasarán de ser actos técnico-clínicos a prácticas emancipadoras tanto para quien ofrece el servicio gerodontológico como para quien lo acepta y procura. En las comunidades y en los centros de formación profesional, los gerodontólogos podrán diseñar maneras de investigar para conocer y planificar junto con los Otros. A nivel de grandes grupos, los gerodontólogos podrán aportar su información, experiencia, recomendaciones, demandas y exigencias para la modificación de las políticas, servicios y recursos de salud.

Más que a cumplir con metas, obligaciones, responsabilidades o intereses institucionales y de los proveedores de servicios, o a repetir prácticas convencionales de PS como pudieran ser: dar indicaciones, sustentar pláticas, elaborar folletos, leer rotafolios, u otras, la PS a la que este capítulo se refiere, orientada a aliviar el sufrimiento de los AM, requiere de acciones planificadas que hayan sido informadas por los mismos AM. Esta PS hace énfasis en la obligación que tienen los gobiernos y sus instituciones -a todos los niveles, desde la legislación hasta la provisión inclusiva, oportuna y de calidad de servicios gerodontológicos-, las comunidades, las organizaciones civiles, de proveer las condiciones para que los AM puedan ejercer sus derechos como seres humanos, derecho a tener proyectos posibles y actuar en función de ellos, lo que se mostrará en las condiciones de su cavidad buco dental. Asimismo, desde esta PS ese derecho se tendría que extender a otros grupos de población, para lograr desarrollos de vejez con inscripciones bucodentales que muestren una vida en donde se han ejercido las capacidades humanas: manera de comer, sonrisa, comunicación, voz, exigencia, caricias, palabras, placer.

Los recursos básicos de una promoción de la salud gerodontológica clínica ‘uno-a-uno’, en la familia, en el grupo social de pertenencia o en el diseño de políticas públicas, programas y presupuestos, que comprenda al AM como persona y a la cavidad buco dental como sitio de inscripción de la manera en que el AM ha vivido, consideran la necesidad de mirar, de escuchar, de pensar junto con el Otro, como una manera de lograr la distribución del poder y, consecuentemente el cambio en las inscripciones en el cuerpo de los Otros<sup>3</sup>, en este caso las inscripciones en la cavidad buco dental de los AM. Algunos de estos recursos son: a) la investigación conjunta entre el o los y las AM, los ‘Otros’ de referencia de los AM –por ejemplo las familias, amigos o vecinos-, el o los profesionales de la gerodontología y los equipos profesionales interdisciplinarios, para identificar las trayectorias de vida y sufrimiento que se expresan como inscripciones en la cavidad buco dental, incluyendo los instrumentos de una epidemiología que busque la voz de los otros<sup>4</sup>; b) la reflexión conjunta sobre los resultados de esas investigaciones a la luz del ejercicio de las capacidades humanas, la construcción y la consecución de los proyectos de las y los AM como ciudadanos(as); c) la planeación conjunta de rutas a seguir para mejorar los proyectos y las condiciones para el desarrollo de los proyectos de los AM que repercutan en un cambio en las inscripciones en sus cavidades buco dentales; d) la generación conjunta de condiciones para que esos planes se puedan hacer realidad; e) la puesta en práctica de los cambios deseados en la planeación; f) el seguimiento y evaluación de las acciones de cambio y los cambios mismos (ver también Cerda, 2010, Chapela y Cerda, 2010). Estos seis recursos se pueden encontrar, pensar y diseñar en función de un solo AM, de un grupo, o del conjunto regional o nacional de AM.

Finalmente, no puedo dejar de mencionar que esta propuesta de PS se enfrenta a una manera convencional de pensar lo que hay que hacer con respecto a la investigación en salud en general (ver por ejemplo Bossi, 2011) y a la salud buco dental geriátrica, por lo que es necesario generar investigación sobre el efecto de

---

<sup>3</sup> Sobre la necesidad de lograr la distribución del poder para lograr cambios verdaderos y duraderos, ver por ejemplo: D Koon, Nambiar, y D Rao, 2012; Petersen y Wilkinson, 2010; Chapela y Consejo, 2010; Chapela, 2007; Cook, Emerson, Gilmore, Yamagishi, 1983; Saltman, 1977.

<sup>4</sup> Sobre una manera crítica de utilizar los instrumentos de la epidemiología, ver por ejemplo: Barreto, de Almeida-Filho y Breilh, 2011.



una PS como la que aquí se propone, en los patrones de enfermedad de la cavidad buco dental de los AM y que en los programas de formación de profesionales se incluyan contenidos y prácticas encaminados a lograr una ética profesional de la odontología y la gerodontología que mire al Otro como persona.

## REFERENCIAS

ALAMES, CEBES ALAMES, CEBES, CUT-Brasil, Médicos del Mundo, CTA, ForoSalud y People's Health Movement (2011) *El debate y la acción sobre la determinación social de la salud. Posición desde los movimientos sociales*. Río de Janeiro : ALAMES, 2011.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Barreto, M.; de Almeida-Filho, N. y Breilh, J. (2011) Epidemiology is more than a discourse: critical thoughts from Latin America. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:158-159.

Beuchamp, D. (1996) *Health care reform and the battle for the body politic*. Philadelphia: Temple University Press.

Bossi, ML. (2011) Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 17(3): 575-586.

Bourdieu, P. (1977) *A theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bourdieu, P. (1986) *Distinction. A social critique of the judgement of taste*. Oxon, Inglaterra: Routledge and Kegan Paul.

Breilh, J. (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Chapela, MC. (2013) *Promoción de la salud y emancipación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Chapela, MC. (2010). Diabetes, obesidad, ocultamientos y promoción de la salud. En Chapela, MC. (editora) *En el debate: diabetes en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Departamento de Atención a la Salud.

Chapela, MC. (2007) Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En EC. Jarillo y E. Guinsberg (editores) *Temas y desafíos en salud colectiva*. Argentina: Lugar Editorial, 347-373.

Chapela, MC. (2006) Una definición de salud para promover la salud. En Martínez-Salgado, C. (coordinadora) *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*. México: UAM-X, Serie Académicos de CBS No 81: 13-33

Chapela, MC. y Consejo, R. (2010) Cuerpo-territorio. En MC. Chapela y A. Cerda. *Promoción de la salud y poder*. México: UAM, Serie Académicos de CBS número 94, 96-123

Chapela, MC. y Cerda, A. (2010). Investigación cualitativa sanadora. En Martínez-Salgado, C. (compiladora) *Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Capítulo 6:120-138.

Cerda, A. (2010) Procesos emancipadores y acción colectiva en salud. En MC. Chapela y A. Cerda. *Promoción de la salud y poder*. México: UAM, Serie Académicos de CBS número 94: 156-187

Comission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap*. Geneve : WHO.

Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Una conferencia internacional sobre promoción de la salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública*. Ottawa, Ontario, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Disponible el 12 de febrero de 2014 en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

Consejo General de la Psicología de España (2013) Los psiquiatras se suman a la abolición del DSM y el CIE y apoyan el modelo de rehabilitación en salud mental. Disponible el 12 de febrero de 2014 en: <http://www.cienciapsicologica.org/contenidos/articulos-recomendados/psicologia-clinica/diagnostico/los-psiquiatras-se-suman-a-la-abolicion-del-dsm-y-el-cie-y-apoyan-el-modelo-de-rehabilitacion-en-salud-mental.html>

Cook, KS.; Emerson, RM.; Gillmore, MR. y Yamagishi, T. (1983) The distribution of power in exchange networks: Theory and experimental results. *American Journal of Sociology*. 1983:275-305.

D Koon, A.; Nambiar, D.; D Rao, K. (2012) *Embedding of research into decision-making processes. Background paper commissioned by the Alliance for Health Policy and Systems Research to develop the WHO Health Systems Research Strategy*. India: Public Health Foundation for India - Alliance for Health Policy and Systems Research.

Harvey, D. (1996) *Justice, nature and the Geography of difference*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Harvey, D. (2000) *Spaces of hope*. California, University of California Press.

Heidegger, M. (1962) *Being and time*. Estados Unidos: Harper & Row.

International Critical Psychiatry Network (ICPN) (2013) *No more psychiatric levels*. Disponible el 9 de febrero en: <http://www.criticalpsychiatry.net/?p=527>.

López-Moreno, S.; Chapela, MC.; Hernández, G.; Cerda, A. y Outón, M. (2011). Concepciones sobre la salud, enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. En Chapela, MC. y Contreras, ME. (editoras). *La salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Colección *Pensar el futuro de México*. Volumen 15: 51-90.

Martínez-Maldonado, ML. (2012) *Las prácticas significantes de los viejos y su relación con el programa de envejecimiento activo en el Valle del Mezquital, Hidalgo*. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Mendoza-Núñez, VM. (2011). Conceptos básicos de geriatría y gerodontología. En Hernández-Palacios, RD; Mendoza-Núñez, VM; Martínez-Zambrano IA y Morales-Mancera L (coordinadores). *Odontogeriatría y gerodontología*. México: FES Zaragoza, Trillas, UNAM. Capítulo 1: 19-34.

Merleau-Ponty, M. (1962) *Phenomenology of Perception*. London, Routledge & Kegan Paul.

Petersen, A.; Davis, M.; Frazer, S. and Lindsay, J. (2010). Healthy living and citizenship: an overview. *Critical Public Health*, 20(4):391-400.

Pickett, KE. y Wilkinson, RG. (2010) Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *British Journal of Psychiatry*, 197: 426-428.

Saltman, RB. (1977) Convergence versus social embeddedness. *The European Journal of Public Health*, 7(4): 449-53.

Summerfield, D. (2008) How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *British Medical Journal*, 336: 992-994.

Warner, R. (2010) Does the scientific evidence support the recovery model? *The Psychiatrist*, 34: 3-5.

Watters, E. (2009) *Crazy like us: The Globalization of the American Psych*. New York: Free Press.

World Conference on Social Determinants of Health (2011) *Meeting report of the World Conference on Social Determinants of Health*. Río de Janeiro, Brazil. Geneva : WHO.

World Health Organisation (2010). *International Classification of Diseases*. Geneva: WHO.