

## DE LO BUCAL A LO ORAL

### La Práctica Odontológica: de la Técnica al Sujeto\*

Nelson Cortés Castaño\*\*

La investigación tuvo como propósito interrogar la "Práctica Odontológica", práctica en la que no emerge la subjetividad porque la "relación" odontólogo-enfermo está limitada a la articulación del saber de la ciencia con la enfermedad del sujeto que la padece. El trabajo está dirigido, en especial, a los odontólogos, pero, también, a todas aquellas personas que se han inquietado por una práctica que ha reducido el cuerpo a la dimensión de organismo y ha olvidado que la boca, además de alojar la materialidad de los órganos, es un escenario de representación para un sujeto. Se interrogaron prácticas discursivas fundamentadas en las Ciencias Naturales y en las Ciencias Sociales, como la médica y la psicoanalítica; prácticas que han interpretado de diferente manera la relación del sujeto con su enfermedad y que aportan elementos para entender la importancia del viraje de la mirada médica a la escucha analítica; el tránsito del Órgano Cuerpo, del Signo al Síntoma analítico, Pedido a la Demanda.

#### • INTRODUCCIÓN

La inquietud que dio lugar a la presente investigación es la "no-relación odontólogo-enfermo". Los pacientes acuden a la consulta odontológica tanto por causa del dolor o de la disfunción de los

- 
- Odontólogo. Ortodoncista. Msc. Ciencias Sociales. Profesor Titular, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.
  - Miembro del Movimiento Psicoanalítico de Medellín MPM
  - Artículo derivado del original de la investigación presentada para optar al título de Magíster en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia. Distinción Sobresaliente, Consejo de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, 2000.

órganos, como, también, por la insatisfacción que muchos de ellos manifiestan constantemente al poseer formas corporales, faciales o dentales, que —aunque funcionales, orgánicamente hablando—, no corresponden con ideales culturales impuestos por la sociedad de consumo. Se trata, entonces, de una inquietud relacionada con la tensión que se genera en la relación con el enfermo, relación de la que éste, al parecer, sale pocas veces satisfecho, porque no siempre logra colmar sus aspiraciones representadas en la boca, que bien pudieran ser el resultado de conflictos no resueltos y de inconsistencias con su propio cuerpo. Se trata, también, del malestar que experimenta el odontólogo cuando no se siente satisfecho con su práctica clínica porque —a pesar de poseer un dominio de los procedimientos y de las técnicas que inciden el organismo de sus pacientes—, le queda la sensación de que le faltó dar respuesta a eso otro que el paciente demanda y que está plasmado en su cuerpo.

La literatura odontológica no se refiere en particular a la relación odontólogo-enfermo, se limita —cuando la situación de conflicto se genera con los pacientes adultos—, a “medidas prácticas” que resuelven el malentendido, en lo fundamental, por las normas del buen comportamiento; pero, cuando de niños se trata, se aplican “técnicas de manejo” que no son otra cosa que formas de intimidación, maneras de forzar su colaboración; todo encaminado a que el acto clínico se desenvuelva sin tropiezo ni interrupción.

El presente trabajo va dirigido en especial a los odontólogos, pero, también, a todas aquellas personas que han interrogado una práctica odontológica que reduce el cuerpo a la dimensión de organismo y se olvida de que la boca, además de alojar órganos, es un escenario de representación para un sujeto. Las consideraciones que aquí se hacen y los interrogantes que se plantean, pretenden que se reinicie la reflexión sobre una práctica clínica que ha centrado su saber-hacer en una cavidad aislada del resto del organismo; una práctica que instrumenta la enfermedad separada del enfermo.

El problema centro de la presente indagación y búsqueda es la “Fragmentación del cuerpo humano”, fragmentación que trajo como consecuencia una práctica odontológica sin sujeto, una ruptura en el encuentro que debe establecerse entre el profesional y su paciente a

quien ahora se le considera como un objeto de trabajo: Lo importante no es el enfermo, sino su enfermedad. La práctica odontológica ha quedado reducida a un saber-hacer biotécnico, a la utilización de técnicas cada vez más especializadas, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, que relegan al paciente al anonimato. La adquisición de conocimientos sobre lo orgánico llena, al parecer, las expectativas del Odontólogo y lo han llevado a preocuparse más por la búsqueda de las causas que determinan la enfermedad que por el enfermo mismo.

No se pretende que el odontólogo se desprenda de su saber-hacer técnico sobre el organismo que hace de la Odontología una profesión digna, que da respuesta a necesidades particulares y colectivas de los seres humanos. Se pretende sí que el odontólogo mire más allá del organismo que instrumenta; que comprenda que el arte de curar no se limita a la acción terapéutica de los fármacos, ni a las acciones instrumentadas sobre el organismo; que no es suficiente poseer un cúmulo de conocimientos sobre el curso y el poder de la enfermedad; que la cura debe afianzarse más en una relación intersubjetiva que debe emerger entre el profesional y el paciente; finalmente, y esto es fundamental, que se debe indagar y considerar sobre el deseo de curación del paciente.

Una práctica odontológica, un saber-hacer sobre lo real del organismo sin que medie la dimensión simbólica que posibilita el lenguaje, es una práctica estéril que corre el riesgo de convertirse en una práctica perversa, aquella que se mueve tan sólo en los terrenos de la racionalidad instrumental.

#### • DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo se enmarca dentro del paradigma de investigación cualitativa, con, un enfoque que se adhiere al modelo Histórico-hermenéutico. El modelo empleado interroga prácticas discursivas que le dan posibilidad a disciplinas como la medicina y el psicoanálisis, en lo referente —en este caso particular de indagación— al tipo de relación que se establece, en la cotidianidad de la práctica clínica, entre el llamado profesional de la salud y el enfermo. Para lo anterior se realizó un estudio riguroso de documentos, de referentes teóricos,

los cuales constituyen la expresión directa o indirecta del sentir de los individuos y de los vínculos existentes entre los grupos; testimonios que se encuentran plasmados no únicamente en las referencias escritas, sino, también, en los elementos simbólicos y en las manifestaciones del lenguaje, en los sistemas de juicios y de valores; en fin, en todas las formas de organización social humana.

El recorrido por dos diferentes fuentes teóricas en las que se expresan modos de relación entre los seres humanos, en particular la del médico y el enfermo, permite desentrañar, mejor, interpretar —más no explicar— el significado de las experiencias del sujeto humano a partir de sus expresiones individuales y colectivas. La interpretación del fenómeno —en este caso el malestar que emerge de la “no-relación”, el desencuentro— al que hemos denominado Síntoma, permite construir enunciados acerca de lo que a él subyace, enunciados que son el fundamento y que se proponen como el significado del hecho interpretado.

## • RESULTADOS

Para el odontólogo la boca ha sido tan sólo un lugar del cuerpo anatómico en el que se alojan determinados órganos sobre los cuales pone en práctica su saber-hacer técnico. Durante el acto clínico el odontólogo le pide a su paciente que abra la boca pero que no hable; de ella quiere oír lo relacionado con la enfermedad, más no con la historia del sujeto que la padece; su escucha no está puesta en el cuerpo que sufre, sino tan sólo en el organismo adolorido.

Para la medicina y para la odontología el concepto de Organismo les es fundamental porque con él reafirman el discurso positivista de las ciencias naturales. Por organismo se entiende el conjunto de órganos y de sistemas que funcionan e interactúan para permitir la vida orgánica; es la materialidad biológica objetivable y verificable en la que tiene asiento la enfermedad; Por el contrario, el concepto Cuerpo le dificulta al médico y al odontólogo su práctica. El Cuerpo es una construcción simbólica que parece desafiar la vida orgánica y que se escapa al discurso organicista que la ciencia médica ha ajustado como mecánica corporal.

No debe sorprender, entonces, que el enfermo espere del médico o del odontólogo algo más que la simple curación de los órganos enfermos; de aquellos “demanda” lo que el discurso médico excluye: su “subjetividad”, y por ende, una consideración particular para los males de su Cuerpo. Cuando el enfermo acude al médico o al odontólogo, éstos, por lo general, se limitan a leer el Signo, como lo objetivo existente en la queja y a significar el Síntoma, es decir, a traducir al lenguaje de los signos todo aquello que, por “emocional y subjetivo”, no sea verificable, desconociendo que hay Síntomas inscritos en el Cuerpo que expresan mucho más que las manifestaciones orgánicas. Cuando el discurso médico no puede reducir el Síntoma a Signo, opta por dos vías: por una de ellas lo desecha por vago o impreciso, o lo nombra como “Psicológico”; por la otra, somete al enfermo a la confirmación de los “exámenes complementarios”, una forma más de excluirlo y de borrar al “Sujeto” que porta la enfermedad.

El concepto de Sujeto tampoco ha estado presente en el discurso médico. El Sujeto al que nos referimos tiene que ver con los aspectos del ser humano que no pueden objetivarse, es decir, reducirse a la condición de cosa, ni tampoco estudiarse de modo objetivo; sin embargo, tampoco es el “Ser” de la filosofía ni el “Yo” de la Psicología. El sujeto es, entonces, un “efecto del lenguaje”. Si el concepto de Sujeto no está inmerso en el discurso médico, a la consulta médica u odontológica sólo pueden llegar “individuos con enfermedades” o en el mejor de los casos “personas enfermas”. Por lo anterior, la relación posible entre el profesional de la salud y el enfermo es meramente “interpersonal”, donde priman el humanismo, las buenas maneras y las normas de comportamiento que hacen más soportable la convivencia entre las personas.

Mientras al discurso médico —aquel al que se adscribe incondicionalmente la profesión odontológica— le importe únicamente el Organismo —más no el Cuerpo—, el Signo —más no el Síntoma—, el individuo —más no el Sujeto—, no hay posibilidad de que entre el profesional de la salud y el enfermo se establezca un encuentro “intersubjetivo”, aquel que posibilita que el “Cuerpo hable” a partir de su Síntoma, síntoma con el cual el sujeto se representa —porque es una construcción del lenguaje en el cuerpo— y que abre una opción a la curación por medio de la palabra de la mano con los procedimientos medicamentosos y técnicos.

## • DISCUSIÓN

La profesión ha dado un salto importante con el paso de los años. Se ha pasado de un dentista empírico a un odontólogo científico; sin embargo, ni el uno ni el otro han abierto la posibilidad para el vínculo intersubjetivo. El odontólogo de hoy, al ubicarse en el lugar que le ha asignado el discurso de la ciencia positivista, hace del acto clínico —al desconocer el síntoma por subjetivo, al mantener en su práctica clínica la misma relación de objetos que le dio origen a la profesión, es decir, una relación entre el saber científico técnico y los órganos enfermos—, un ejercicio supuestamente objetivo. Para el odontólogo, también, lo importante sigue siendo la enfermedad y no el enfermo. De lo anterior se desprenden las siguientes conclusiones:

1. La fragmentación que la ciencia hace del cuerpo, la separación del enfermo de su enfermedad, trae como consecuencia una práctica clínica odontológica sin sujeto.
2. El odontólogo toma distancia y no se involucra en la relación intersubjetiva porque él tampoco se ha interrogado —como ser sexuado y deseante que es— sobre su propia historia, por su propia muerte.
3. Si en el acto clínico odontológico tiene posibilidad la subjetividad, el odontólogo, al no apoderarse de la enfermedad —que por derecho propio le pertenece al enfermo— permitiría que éste aportara el saber que posee sobre ella y asumiría la responsabilidad que le corresponde en el curso de la curación.
4. Hay que reconocer la importancia de responder al pedido que en lo orgánico del cuerpo requiere el paciente; pero la respuesta del odontólogo no puede limitarse a lo orgánico de la queja —ya de dolor, de disfunción o de apariencia— porque con ello tan sólo se crearía una falsa ilusión de completud y el paciente no resolvería lo fundamental de la demanda.
5. Una manera diferente de asumir la enfermedad, sin separarla del enfermo; una manera de entender el síntoma más allá de lo meramente objetivo del signo: una manera de darle respuesta al pedido del paciente sin desconocer la demanda que le subyace.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANGLE, Edward H. Treatment of Malocclusion of the Teeth. Philadelphia: Mosby, 1907. p. 2
- BAUDRILLARD, Jean. La Sociedad de Consumo. Barcelona: Plaza y Janes, 1974. p. 142.
- BERNARD Michel. El Cuerpo. Barcelona: Paidós, 1994. p. 11-21
- BRUNH, Christian. Génesis de las Anomalías de la Oclusión y de las Deformaciones Maxilares. Barcelona: Labor, 1944. p. 143.
- CANGUILHEM, Georges. El Conocimiento de la Vida. Barcelona: Anagrama, 1976. p. 197.
- CLAVREUL, Jean. El Orden Médico. Barcelona. Argot, 1978. p. 139-263.
- DESCARTES, René. Meditaciones Metafísicas. Espasa, 1970. p. 100.
- Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa, 1992. p. 1583.
- FERRATER, MORA José. Diccionario de Filosofía. Barcelona. Ariel, 1994. p. 754.
- FISCH, M. El Enfermo Psicossomático en la Práctica. Barcelona: Herder, 1975. p. 223.
- FREUD, Sigmund. O. Completas. Tomo III. Madrid: Bibl. Nueva, 1981. p. 3541, 3646, 5344.
- ——— Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1976. p. 85.
- ——— Volumen II. Buenos Aires. Amorrortu, 1980. p. 23.
- ——— Volumen VII. Buenos Aires: Amorrortu, 1978. p. 28, 46-47, 146, 157, 163, 164, 165, 167, 180, 187, 203.
- ——— Volumen IV. p. 63, 108
- ——— Volumen V. p. 362, 390.
- ——— Volumen X. p. 246-248

- ——— Volumen XV. p. 142 - 143
- FREUD, Sigmund. Obras Completas. Volumen XVI. p. 286, 299, 300.
- ——— Volumen XIV. p. 79, 117-118, 186.
- ——— Volumen XXI. Buenos Aires. Amorrortu, 1979. p. 57.
- ——— Volumen XXIII. p. 151 - 152, 167. .
- GARCÍA GUAL Carlos. Epicuro. Madrid: Alianza, 1993. p. 55.
- IMBERT, Gerard. El Cuerpo Como Producción Social. Barcelona: El Viejo Topo, 1981. Volumen IV. Número 9. p.12.
- KUNZLE, David. Fragmentos para una Historia del Cuerpo Humano. Parte Tercera. Madrid: Taurus, 1992. p. 30.
- LACAN Jacques. Intervenciones y Textos. Buenos Aires: Manantial, 1985. p. 91.
- ——— La Ética del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidos, 1995. p. 264.
- ——— Seminario VII. Buenos Aires. Paidos, 1995. p. 287.
- ——— Seminario 1. Buenos Aires: Paidos, 1990. p. 198, 229.
- ——— Seminario 2: El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica. Buenos Aires: Paidos, 1990. p. 226, 235, 249, 259.
- ——— Seminario 4: Las Relaciones de Objeto. Buenos Aires: Paidos, 1994. p. 177
- ——— Seminario -1. Los Escritos Técnicos de Freud, Clase 9. Sobre el Narcisismo, 17 de Marzo de 1954. Seminario Inédito.
- ——— Seminario 6: El Deseo y su Interpretación. Clase 21. Mayo, 1959. Sem. Inédito.
- ——— Seminario 9: La Identificación. Clase 18, del 2 de Mayo de 1962. Sem. Inédito.
- ——— Seminario 10: La Angustia. Clase 5, del 12 de Diciembre de 1962. Sem. Inédito.

- ——— Seminario 11. Desmontaje de la Pulsión. Buenos Aires. Paidos, 1997. p. 11, 44, 175, 176, 185-186, 186-187, 202, 203.
- LAURENT ASSOUN Paul. Cuerpo y Síntoma. B. Aires: Nueva Visión, 1977. p. 18-55
- MASOTTA Oscar. Lecciones de introd.. al Psicoanálisis. Barcelona: Gedisa, 1994. p. 98.
- MEDINA Federico. El cuerpo en la Pos-modernidad. Santa Fe de Bogotá: Signo y Pensamiento, 1996. p. 102, 107.
- MILLER, Jacques-Alain. Elucidación de Lacan. Buenos Aires: Paidos, 1998. p. 161, 169.
- ——— El Síntoma Charlatán. Barcelona: Seuil, 1998. p. 21, 44, 46, 47, 48.
- MILLER, Jacques-A. Introducción del Método Psicoanalítico. B. Aires: Paidos, 1997. p. 67.
- SOLER, Collette. Diversidad del Síntoma. Buenos Aires: Eol, 1966. p. 95.
- PROFFIT, William r. Malocclusion and Dentofacial Deformity in Contemporary Society. St. Louis: Mosby, 1986. p. 8.
- Rapport Sur la Santé dans le Monde. Organisation Mond. De la Santé. Geneve, 1998. p. 43.
- Revista Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín: Volumen 5 (1) 1993. p. 10.

## LA SUCCION: UNA ACTIVIDAD EROTICA\*

Nelson Cortes Castaño\*

Para el odontólogo, la boca ha representado tan sólo un lugar del cuerpo anatómico en el que se alojan determinados órganos sobre los cuales pone en práctica su saber-hacer biotécnico. A partir de Freud, el psicoanálisis enseña que la boca es una zona erógena cargada libidinalmente, alrededor de la cual el sujeto moviliza su pulsión y representa su historia; que la succión, además de cumplir con la función de nutrición, es una actividad erótica que tiende a la consecución de placer en esa zona particular del cuerpo constituida por la mucosa de la boca y de los labios.

Uno de los textos centrales en la obra de Freud es «Tres ensayos de teoría sexual». En el texto citado el autor destaca una afirmación - que hacía parte de la opinión popular de la época-, relacionada con la ausencia de la sexualidad durante la infancia y su presencia sólo a partir de la pubertad. Al respecto Freud comenta: «no es éste un error cualquiera». (1) La pulsión sexual infantil, dice Freud, puede dirigirse tanto a otra persona como a su propio cuerpo; en ambas circunstancias el niño se rige por la búsqueda del placer, placer que se satisface específicamente en las zonas erógenas. Es, entonces, a partir de su primera vivencia sexual -el mamar del pecho materno-, como el niño se familiariza con el placer, placer que originalmente está asociado a la necesidad de alimento, pero que, posteriormente, se divorcia de él y queda ligado a lo «vivenciado, y ahora recordado». (2)

- 
- Odontólogo. Ortodoncista. Msc. Ciencias Sociales. Profesor Titular, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.
  - Miembro del Movimiento Psicoanalítico de Medellín MPM
  - Artículo derivado de la investigación «DE LO BUCAL A LO ORAL» presentada por el autor para optar al título de Magister en Psicoanálisis, Cultura y Vínculo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Antioquia.

Durante el período de latencia -aquél comprendido entre la primera infancia y la pubertad-, las manifestaciones de la sexualidad infantil se hacen también evidentes mediante exteriorizaciones o prácticas que, aún hoy, continúan horrorizando a médicos, a pedagogos y a moralistas quienes no han dudado en llamarlas «perversas». (3) Para contrarrestar su aparición, la sociedad se vale de la educación con el propósito de imponer barreras a las expresiones sexuales que se manifiestan durante el período de latencia, educación que se constituye, entonces, en una forma de socializar al niño y de acondicionarlo para la convivencia social acorde con la normatividad imperante. En el caso concreto de la succión o chupeteo digital -una actividad considerada por la sociedad como una mala costumbre y por la profesión odontológica como viciosa-, los niños son prácticamente obligados a abandonar dicha compulsión (el mal hábito de la succión digital), tanto por la vía de las normas del comportamiento, como por la coacción que utiliza el odontólogo cuando instala en la boca de sus pacientes niños aparatos ortopédicos que le impiden su consumación.

El niño pasa de esas primeras satisfacciones sexuales -todavía conectadas con la función de nutrición, donde la pulsión sexual se dirige a un objeto fuera de su cuerpo, el seno nutricio-, a las satisfacciones autoeróticas con las que «se independiza del mundo al que no puede dominar». (4) Con la succión digital -una actividad autoerótica que preocupa tanto a los odontólogos-, el niño logra cierta independencia del objeto externo; sin embargo, es más tarde, durante la pubertad, cuando vuelve a la búsqueda de ese objeto externo -que no es otro que el originariamente perdido, la madre-, de aquí que el «hallazgo (encuentro) de objeto es propiamente un reencuentro». (5)

El niño cuenta con un recurso con el que hace un doble llamado a su madre: el llanto. Con él logra saciar, por una parte, la necesidad de alimento, es decir, va dirigido al objeto de la satisfacción, al seno nutricio; por la otra, ir en la búsqueda de la diada perdida, el seno materno. Como la madre no siempre interpreta adecuadamente el deseo del niño -a veces considera que tiene hambre, que es un llamado de la necesidad-, le calma en algunas oportunidades ofreciéndole un biberón o, incluso, le apacigua con un chupete, pasando por alto la

otra parte del llamado, el llamado del deseo por la madre ausente, ausencia que da cuenta de su condición de sujeto en falta.

Con la succión que los niños hacen de alguna parte de su cuerpo no se logra una satisfacción autoerótica plena, situación que se hace evidente porque, aquellos, reinician la búsqueda de ese objeto irremediablemente perdido, de ese objeto que -cuando se presenta en la forma de un objeto externo a él, el seno nutricio, o de uno propio, un dedo pulgar, por ejemplo-, tan sólo hace las veces de un semblante; simplemente desempeña la función de objeto sustituto.

Durante la fase oral, como la primera de las manifestaciones sexuales pregenitales, Freud destaca que «el primer órgano en aparecer como zona erógena y proponer al alma una exigencia libidinosa es, la boca». (6) El chupeteo del niño -de aparición muy temprana en él y que se mantiene en el adulto como un resto de la fase oral-, evidencia una necesidad de satisfacción que aspira a una ganancia de placer independiente de la nutrición, placer que «puede y debe ser llamado sexual» (7) La succión o el chupeteo es, entonces, una actividad sexual tendiente a la consecución de placer en una zona erógena particular constituida por la mucosa de la boca y de los labios.

Freud describe una zona erógena como «esa parte de la epidermis o de las mucosas en las cuales ciertos estímulos hacen surgir una sensación de placer de una determinada cualidad. «La meta sexual de la pulsión infantil consiste en producir la satisfacción mediante la estimulación apropiada de la zona erógena», (8) satisfacción que tiene que haber sido experimentada previamente para que genere la necesidad de repetirse. Si en la zona erógena se produce un estímulo o prurito, la meta consistiría entonces en sustituir la sensación del estímulo proyectada sobre dicha zona, por «aquél estímulo externo que lo hace cesar, haciendo surgir la satisfacción». (9) Con la aparición de los dientes en la boca del niño, la satisfacción sexual se separa definitivamente de la necesidad de alimento.

Para Freud el carácter más llamativo de la práctica sexual del niño, a la que denomina autoerótica -y que la odontología ha denominado hábito oral-, es «el hecho de que la pulsión no está dirigida a otra persona, sino que se «satisface en el cuerpo propio». (10) Al preferir

el niño una parte de su propio cuerpo para satisfacer su autoerotismo, ésta parte del cuerpo se constituirá en una segunda zona erógena de menor valor que la primera -representada, como se dijo antes, por el seno materno. «El menor valor de este segundo lugar lo llevará más tarde a buscar en otra persona la parte correspondiente, los labios. «Podríamos imaginarlo diciendo: Lástima que no pueda besarme a mí mismo». (11)

Jacques Lacan -considerado como el más original e influyente pensador psicoanalítico desde Freud-, toma el concepto freudiano de pulsión y resalta de él, entre otros, dos puntos: Primero, que la pulsión no apunta a un objeto predeterminado; Segundo, y esto es central en su teoría, que la pulsión gira constante e indefinidamente en torno al objeto. Para Lacan la meta pulsional, a diferencia de la necesidad en el animal, no se realiza en la satisfacción en el objeto. La meta no es el destino final (GOAL); la meta es, «haber marcado un punto y con ello haber alcanzado la meta». (12) La meta no se alcanza, como lo postuló Freud, «cancelando el estado de estimulación de la fuente de la pulsión», (13) sino que la meta es «el camino (AIM) que hay que recorrer y que gira alrededor del objeto».

Para Lacan la fuente real del goce es «el movimiento repetitivo de este circuito cerrado». (14) En el circuito propuesto por Lacan (ver figura) la pulsión se origina en una zona erógena, gira alrededor del objeto y vuelve a la zona erógena. Con el movimiento circular de las pulsiones se explica el fundamento autoerótico de las mismas; es una manera de hacer ver que el cuerpo se encuentra tanto al comienzo como al final de la pulsión, que las pulsiones parciales afectan y se satisfacen en el cuerpo propio; en otras palabras, que las «zonas erógenas son la fuente de las pulsiones y también el lugar (objeto) donde se cumple la satisfacción, el lugar del goce». (15)

No obstante que para Freud las pulsiones parciales responden a la lógica actividad-pasividad: ver y ser visto, pegar y ser pegado, chupar y ser chupado, Lacan estructura el circuito de la pulsión de manera diferente. Para entender mejor lo propuesto, se pueden utilizar, a manera de ejemplo, las tres voces gramaticales del verbo chupar: La voz activa, «chupar»; la voz reflexiva, «chuparse»; la voz pasiva, «ser chupado». Los dos primeros tiempos, chupar y chupar-

se, son autoeróticos porque les falta el sujeto. Sólo con el tercer tiempo, aunque en voz pasiva, aparece un sujeto y se completa el circuito de la pulsión. Lacan ratifica lo expresado por Freud, que la pulsión es siempre activa, pero propone un giro en la escritura del tercer tiempo: en vez de ser chupado escribe «hacerse chupar». (16)

El «hacerse» lacaniano, hacerse chupar, como fase pasiva de la pulsión es, en realidad, la continuación de la fase activa. Lacan sustituye la expresión «ser chupado», forma pasiva en Freud, por el «hacerse chupar» como forma activa, y con este giro no sólo le restituye a la pulsión el carácter que Freud le había atribuido a la libido, sino que instrumentaliza al Otro para servir de finalidad de la pulsión; es decir, hacer pasar el deseo por el Otro. La pulsión, como movimiento de llamada a algo en el Otro, llama al objeto a como objeto perdido, como aquello que ha sido separado del espacio potencial del sujeto, aquello que el sujeto habrá de buscar en el Otro. En el encuentro lactante-pecho, la lactancia es la succión y de aquí se desprende que la pulsión oral es el «hacerse chupar». ¿Qué chupa el lactante? : Chupa el organismo de la madre. Para el sujeto el pecho «está separado de él, pero aún así, le pertenece y con él ha de completarse». (17)

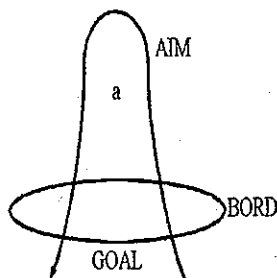
Es evidente, dice Lacan, que en la pulsión oral «el objeto no es el alimento, como tampoco su rememoración, ni los cuidados de la madre sino, algo que se llama pecho. «La boca, que se abre en el registro de la pulsión para llamar al objeto, al pecho; boca que no se satisface con la comida sino, con el placer de la boca. Lo que va a la boca vuelve a la boca y se agota en ese placer». (18) Lacan toma como referencia la cita de Freud, antes mencionada, «lástima que no pueda besarme a mí mismo» para resaltar el placer de la boca. A lo anterior Jacques-Alain Miller agrega que «el goce está más en la contracción muscular de la boca y en la sensación interna de la lengua en relación con la cavidad interna de toda la boca. (...) Como la boca no puede besarse a sí misma, necesita de un objeto para lograr este autoerotismo». (19)

Un nuevo interrogante surge en Lacan: «En la pulsión ¿no podría llamarse a esta boca una boca flechada? ¿Una boca cerrada en la que, en el análisis, vemos asomar al máximo, en ciertos silencios, la instancia pura de la pulsión oral cerrándose sobre su satisfacción?». (20)



Hay algo, dice Lacan, que nos obliga a distinguir esta satisfacción del puro y simple autoerotismo de la zona erógena; a distinguirla del objeto que con demasiada frecuencia se confunde con aquello alrededor del cual se cierra la pulsión. «La función de objeto del pecho, de objeto a causa del deseo hay que concebirla de un modo que permita decir el lugar que ocupa en la satisfacción de la pulsión: la pulsión le da vuelta y contornea al objeto». (21) Ese objeto no es otra cosa que la presencia de un hueco, que según Freud, cualquier objeto puede ocupar, y cuya instancia sólo conocemos en la forma del objeto perdido a minúscula. «El objeto a no es el origen de la pulsión oral, como tampoco es el alimento primigenio; el objeto a se presenta porque «no hay alimento alguno que satisfaga nunca la pulsión oral, a no ser contorneando el objeto eternamente faltante». (22)

«En el circuito de la pulsión la flecha atraviesa, como el empuje, la superficie que Lacan define como el borde (BORD), considerado en la teoría freudiana como la fuente, es decir, la zona erógena de la pulsión. «La tensión es siempre un lazo y no puede disociarse regreso sobre la zona erógena». (23)



El objeto pulsional oral propiamente dicho no es algo, es un hueco necesario para que cierre el circuito de la pulsión. Por tanto, el objeto a es un vacío y todo lo que se introduce en él, los objetos orales, son sus sustitutos. «El objeto a es un vacío topológico que Lacan concibió y que puede ser encarnado por distintas sustancias u objetos materiales, de tal manera que todos los objetos que lo materialicen, que lo representen, no son el objeto a sino, sus semblantes». (24)

El seno materno, en su relación con el niño, no es el objeto oral de la realidad; el seno pertenece desde su origen a la madre aunque el niño hubiera creído que le pertenecía. «Lo que verdaderamente importa para el psicoanálisis no es el seno en cuanto tal, sino en cuanto objeto perdido, en cuanto seno del destete». (25) De esta manera el seno no es el objeto a, es sólo su representante, su lugarteniente, su semblante.

Muchas veces a los bebés se les ofrece un chupete en reemplazo del seno materno y se constata que es tan bueno como aquel; en lo referente al goce, el chupete es tan bueno como el seno, sólo que no lo nutre. «Seno, chupete, dedo pulgar o cualquier parte del cuerpo que el niño succione, son semblantes, es decir, están al servicio del autoerotismo de la pulsión que es lo que permite alcanzar su satisfacción». (26)

Para la odontología la succión ha constituido, fundamentalmente, una actividad encaminada a la alimentación del infante, poniendo en evidencia, una vez más, sus ataduras con la cadena fenomenológica de las ciencias naturales. Para el odontólogo la boca no ha sido la zona erógena alrededor de la cual el sujeto moviliza su pulsión y realiza una actividad sexual; para él la boca es tan sólo una cavidad que le ha posibilitado su quehacer profesional. Es por ello que el concepto de pulsión ha permanecido ajeno a la profesión odontológica, ajeno porque ésta se ha limitado a pensar la boca como un órgano que hace parte del cuerpo anatómico, más no como una zona erógena.

La teorización que el psicoanálisis ha hecho sobre la pulsión oral, inicialmente en la obra de Freud y más tarde en la de Lacan, puede aportar a la profesión odontológica elementos para pensar la boca más allá de su condición de órgano, para pensarla como un lugar de representación, como fuente pulsional; para saber de la pulsión oral, eso desconocido que indica que el ser humano se puede sostener, muchas veces indefinidamente, en la satisfacción autoerótica de la boca; para entender como en el sujeto adulto persiste la pulsión oral en actividades como comer, besar, fumar o masticar chicle, maneras éstas de satisfacer la pulsión, de satisfacer el autoerotismo de la boca.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. FREUD, S. Obras Completas. "Tres ensayos de teoría sexual". Buenos Aires. Amorrortu. 1978. Vol. VII. P.157.
2. *Ibid.* p. 164.
3. *Ibid.* p. 146.
4. *Ibid.* p. 165.
5. *Ibid.* p. 203.
6. FREUD, S. Obras Completas. "Esquema del psicoanálisis". Buenos Aires. Amorrortu. 1979. Vol. XXIII. P. 167.
7. *Ibid.* p. 152.
8. FREUD, S. Obras Completas. «Tres ensayos de teoría sexual». Buenos Aires. Amorrortu. 1978. Vol. VII. P.167.
9. *Ibid.* P. 167.
10. *Ibid.* P. 164.
11. *Ibid.* P. 165.
12. LACAN, J. Seminario 11. La pulsión parcial y su circuito». Buenos Aires. Paidós. 1977. P.186.
13. FREUD, S. Obras Completas. «Pulsiones y sus destinos». Buenos Aires. Amorrortu. 1979. Vol. XIV. P. 118.
14. LACAN, J. Seminario 11. «La pulsión parcial y su circuito». Buenos Aires. Paidós. 1977. P. 185-6.
15. MILLER, J. A. El síntoma Charlatán. «Amor sintomático». Buenos Aires. Paidós. 1998. P. 44.
16. LACAN, J. Seminario 11. «Del amor a la libido». B. Aires. Paidós. 1977. P. 202.
17. *Ibid.* P. 203.
18. LACAN, J. Seminario 11. «Desmontaje de la pulsión. Buenos Aires. Paidós. 1977. P. 175.
19. MILLER, J. A. El síntoma Charlatán. «Amor sintomático». Buenos Aires. Paidós. 1998. P. 46.
20. LACAN, J. Seminario 11. «La pulsión y su circuito». B. Aires. Paidós. 1977. P.186-7.

21. LACAN, J. Seminario 11. «Desmontaje de la pulsión». Buenos Aires. Paidós. 1977. P. 175.
22. LACAN, J. Seminario 11. «La pulsión parcial y su circuito». Buenos Aires. Paidós. 1977. P. 187.
23. *Ibid.* P. 186.
24. MILLER, J. A. El síntoma Charlatán. «Amor sintomático». Buenos Aires. Paidós. 1998. P. 47.
25. *Ibid.* P. 46.
26. *Ibid.* P. 48.