

DOSSIER DE INVESTIGACIÓN

La inscripción de las ideas freudianas en el ámbito psiquiátrico del Uruguay (1899-1940) y su relación con el problema de la transferencia

MARCELO GAMBINI ¹

INTRODUCCIÓN

El estudio sobre la inscripción de las ideas freudianas en el ámbito psiquiátrico del Uruguay —las formas en que se refiere a Freud, a su práctica clínica y a sus conceptos— nace de la lectura y del análisis de casos clínicos publicados en Uruguay entre 1899 y 1940, período de constitución de la clínica psiquiátrica en el país. Allí es posible ver cómo los textos clínicos hacen referencia a distintas marcas lingüístico-discursivas que llaman la atención y que aparecen cuando se refiere a la interacción psiquiatra-paciente. Tal referencia es de interés porque, si bien no aparece el significante «transferencia» durante el período de estudio, varios psiquiatras reflejan en las consideraciones clínicas referencias a la obra de Freud: marcando una sinonimia entre «Psico-análisis» y «psicoterapia», tal como es referido en el caso *Ceguera histérica* (Etchepare, 1913): «pude constatar su inteligencia en largas conversaciones... usado del procedimiento de Freud» (p. 113), «De esta manera puede seguir el tratamiento moral, la Psicoterapia» (p. 117), y en *Contribución al estudio*

1 Licenciado en Psicología, Universidad de la República. mgambini@psico.edu.uy

del *Psico-análisis* (Rossi, 1916): «Es lógico que el psicoterapeuta tienda a restablecer el metabolismo fisiológico del organismo... Pero por algo llamo a ese caso “experimental” ... he querido incluirlo dogmáticamente en el método de Freud y Breuer» (p. 728); o introduciendo en la escritura de caso, referencias al papel del deseo, de la etiología sexual al complejo de Edipo, al yo, al ello o al superyó, tal como muestran los trabajos de Cáceres *Manifestaciones artísticas en asilados del Hosp. Vilardebó* (1936) y *Examen psicológico de un Artista esquizofrénico* (1938); de Payssé *Psicogénesis de un parricidio* (1936); de Radecki *Psicología de la alucinación* (1935); de Rossi *Consideraciones bioquímicas sobre el Freudismo* (1926); y de Sicco *Neurosis de angustia por Varicocele* (1936).

Ante la presencia de referencias a las ideas freudianas y la ausencia del significativo «transferencia» se producen las siguientes interrogantes: 1.^a, ¿cuál era la inscripción de las ideas freudianas en el ámbito psiquiátrico? 2.^a, ¿de qué manera la ausencia del significativo «transferencia» permitiría pensar en la posibilidad de que la misma pudiera dejar su marca en la escritura de caso?²

- 2 Se justifica realizar una investigación sobre las marcas lingüístico-discursivas de transferencia en la escritura de caso clínico psiquiátrico en la medida de que, como plantea Freud, la transferencia «es un fenómeno universal» (Freud, 1992, p. 40), presente en todas las relaciones humanas. Por lo que, si se tiene en cuenta que la transferencia no requeriría de la situación analítica para desencadenarse (Harari, 1999), es razonable pensar y estudiar a la misma por fuera del ámbito clínico psicoanalítico. En virtud de ello, se volvería factible indagar los fenómenos transferenciales en los casos clínicos psiquiátricos, puesto que en ellos la relación psiquiatra-paciente parecería estar figurada por una tensión, en la que la relación con el paciente quedaría señalada mediante referencias a la asistencia, la incomodidad, la persuasión, la amenaza, entre otras. Tales referencias nos llevan a proponer que se articularía entre el psiquiatra y el paciente una dimensión asistencial, que pone en juego ciertas demandas, las cuales, viabilizadas mediante la palabra, parecen introducir la dimensión del deseo, provocando que la transferencia adquiera allí su papel (Assoun, 2008; Braustein et al., 2005).

A partir del estudio de esas referencias, consideramos central investigar las marcas lingüístico-discursivas de la transferencia en la escritura de casos clínicos uruguayos, tomando en cuenta que: 1.^o) Existen antecedentes sobre el uso del concepto de transferencia en psiquiatría (Bleuler, 1911; Ey, Bernard y Brisset, 1965; Sullivan, 1944-1947; Meyer et al., 2011); 2.^o) Existe dentro del ámbito psiquiátrico nacional una rica fuente de materiales clínicos y discursivos, de principios del siglo XX, en los que podríamos hallar un conjunto de marcas lingüístico-discursivas referidas a la transferencia; 3.^o) No hemos encontrado otras investigaciones nacionales y de la región que aborden la transferencia en el ámbito psiquiátrico.

En relación a la primera pregunta es necesario presentar un desarrollo histórico de la psiquiatría en el Uruguay y situar la inscripción de las ideas freudianas. En relación a la segunda cuestión, se parte del supuesto de que, en tanto que emergen distintas marcas lingüístico-discursivas que refieren a las maniobras del psiquiatra sobre el paciente, es posible pensar que dichas maniobras podrían estar reflejando efectos transferenciales que son referidos en la escritura, en la medida en que la palabra del paciente es demandada insistentemente bajo una modalidad de relación de sometimiento y reconocimiento al poder médico.

Estas marcas lingüístico-discursivas de la transferencia son enunciados que forman parte de la lengua, capaz de actuar como marcadores del discurso, que permite conocer y analizar la manera en que la transferencia deja su «huella» en la escritura: en el encadenamiento entre fragmentos, la transición entre ellos, así como en la relación semántica establecida entre los elementos (Gambini, 2019).

Como plantea Paulon (2018, p. 67): «la noción de transferencia es contingencial... A partir del momento en que acontece, se torna necesaria para que puedan emerger las marcas, trazos identificatorios del sujeto, *vía* repetición». ³ Estas marcas de transferencia pueden ser estudiadas en el discurso psiquiátrico a partir de la referencia de la psicoterapia y tratamiento moral, donde es posible localizar la influencia del psiquiatra en la dirección de la cura, combatiendo los «vicios», errores y pasiones socialmente inadecuadas (Huertas, 2010). Esta influencia permitiría que, en las referencias al tratamiento, y gracias a la articulación de ciertos actos de habla —con su consiguiente carga de performatividad y fuerza ilocutiva—, podamos evidenciar el fenómeno de la transferencia, ligado a la influencia de la voluntad del médico sobre el padecimiento del paciente. Dicha influencia estaría implicada desde el momento en que el psiquiatra es posicionado como un agente del discurso psiquiátrico. La transferencia apuntaría aquí a una relación entre paciente y psiquiatra, mediada por un tercero: el discurso psiquiátrico que oficia como el Otro que garantiza al psiquiatra un lugar de saber-poder-autoridad.

La *transferencia* —por ser un concepto, al mismo tiempo, económico y dinámico— posibilita articular las *modalidades narrativas espacio, lugar y posición*, realizando, así, un *mapeamiento discursivo* [cursivas agregadas] de las constantes resignificaciones, presentes en el nivel de la enunciación, que se presentan en la clínica (Dunker, Paulon y Milán-Ramos, 2017). De este modo, ella tiene un papel fundamental en el caso, a partir de la autoría, siendo referencia en su construcción. Es, por ejemplo, a partir de los movimientos transferenciales que tenemos elementos indicativos sobre el diagnóstico y la dirección del tratamiento. (Paulon, 2018, p. 64)

DESARROLLO

Parte I

Historia de la psiquiatría en el Uruguay hasta 1940

Refiriéndose al Uruguay, los primeros datos de internación de enfermos mentales provienen de la época de la Colonia, en la que se encerraban en el Cabildo de Montevideo a prostitutas, delincuentes, mendigos, inmigrantes y «locos» (Coll, 2008). A partir de 1781, se realiza la primera internación en el Hospital de Caridad (1880), realizando una atención religiosa de tradición española y humanitaria (Cassarotti, 2007). En 1825, se firma la Declaratoria de Independencia del Uruguay. En 1875 se crea la Facultad de Medicina de Montevideo y se fundan las cátedras de Anatomía y Fisiología, y apenas cinco años después, en 1880, se crea el Manicomio Nacional. A partir de ese momento, la salud mental pasa a manos de los médicos, lo que favoreció, en 1908, la creación de la Cátedra de Psiquiatría (Casarotti, 2007), y posteriormente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay en 1927.

En este periodo, los catedráticos de psiquiatría eran hombres formados a nivel nacional e internacional, entre los que se destacan: Bernardo Etchepare, médico formado en París (1894), fundador de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina (1908) y Profesor Titular desde 1907 a 1925; Santín Carlos Rossi, primer discípulo de Etchepare, médico formado en el Uruguay, Profesor Agregado de la Cátedra de Psiquiatría de

la Facultad de Medicina (1917 a 1925) y, tras la muerte de Etchepare (1925), Profesor Titular de dicha Cátedra; Antonio Sicco, Docente de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Vilardebó (1922 a 1926), Profesor Agregado de la Cátedra de Psiquiatría (1926 a 1943) y Profesor Titular de la Cátedra de Psiquiatría desde 1943 a 1949; y Elio García Austt, Profesor Agregado de la Cátedra de Psiquiatría desde 1927, Profesor Titular de la Cátedra de Psiquiatría desde 1950, entre otros⁴, quienes muestran la influencia de la psiquiatría alemana y francesa, bajo un enfoque ecléctico, organicista y fisiologicista, que se enfoca en el estudio de los síntomas en el cuerpo, fundamentalmente del cerebro, en lesiones ocasionales, localizables, en inflamación de la aracnoides, en procesos de intoxicación, etc.

Dicho enfoque, acompaña tanto a la psiquiatría en su desarrollo como al proceso de medicalización de la sociedad (Ginés, 2000), lo cual incentivó la presencia de los médicos en lo social y en la toma de decisiones del Estado (Duffau, 2013). Con ello, la psiquiatría, como «ejército de la higiene» (Casarotti, 2007, p. 155), si bien se enfocó inicialmente a tratar aquellos casos agudos que impedían la vida social del individuo o de la comunidad, progresivamente se ocupó de patologías crónicas. De esta manera se le asigna un lugar jerárquico en el combate al desorden mental, al tratamiento de las psicopatologías y a la definición de la normalidad (Barrán, 1995). Esto llevó durante la década del treinta, bajo la influencia del falangismo, el fascismo y el nazismo⁵, a acentuar el papel del pensamiento de Morel a nivel etiológico, lo que puede verse como un reflejo de la consideración psiquiátrica de la familia como agente reproductor del orden social, pieza clave de las reformas sociales que en el país se impulsaron en pro de la construcción de una nueva raza (Vallejo y Miranda, 2004).

4 Entre los que podemos referir a: Morelli, quien realiza participaciones puntuales en el incipiente campo de la Salud Mental durante el siglo XIX, es Docente de Fisiología y Clínica Terapéutica e impulsor de la creación del Instituto de Higiene experimental (1895); Cáceres, psiquiatra e impulsor de la arteterapia y del desarrollo de los primeros estudios de psicología en el Uruguay durante la década del treinta; y Pérez Pastorini, Psiquiatra, psicoanalista y un impulsor del desarrollo del psicoanálisis en el Uruguay durante la década del cuarenta.

5 Desde 1931 a 1938, durante el gobierno de Terra (quien gobernó como Presidente Constitucional hasta 1933, como presidente de facto hasta 1934 e Interino hasta 1938) el Uruguay establece estrechos vínculos con la Italia de Mussolini, la España de Franco, y la Alemania de Hitler.

Mientras en Alemania el nacionalsocialismo gana poder e influencia y en España se daban discusiones sobre la peligrosidad social de los individuos y se aprobaba la Ley de Defensa de la República, la Ley de Orden Público, y la Ley de Vagos y Maleantes, que encaminaron una política social de prevención de la delincuencia basada en la peligrosidad de determinados individuos, incentivando reformas psiquiátricas y penitenciarias que hicieron difícil distinguir lo penal y lo psiquiátrico (Campos, 2013); en Uruguay, durante la década del treinta, se coloca a la familia como la base de la patología mental, ya que el enfermo psiquiátrico se le señala no solo compartiendo un hábitat pernicioso con su familia, sino también compartiendo la herencia; lo cual es reflejo de cómo la psiquiatría destaca la predisposición orgánica, aunque no descarta la influencia nociva del medio social (Duffau, 2016). De esta manera, como un reflejo de las tendencias europeas, la psiquiatría a nivel nacional dividió a los pacientes entre enfermos con patologías psiquiátricas hereditarias y los degenerados, —quienes no tienen una enfermedad de origen biológico, sino que la habían desarrollado de acuerdo a su modo de existencia (Duffau, 2015)— y se enfocó en el estudio de lo orgánico, los biotipos y la herencia mórbida (Duffau, 2015). Lo que motiva a un refortalecimiento del higienismo, tal como se muestra en los textos: *La lucha contra las enfermedades mentales* (Sicco, 1937), *Higiene mental en la adolescencia* (Fascioli, 1937), *La higiene mental en la infancia* (Payssé, 1937), *La Higiene Mental en la edad crítica* (Darder, 1937) y *La Higiene Mental en la escuela* (Schiaffino, 1937). Los cuales son reflejo de una política médica de disciplinamiento y control social sobre el desarrollo físico, el uso de la energía, la capacidad productiva de la fuerza de trabajo, el uso del tiempo libre, el control de las prácticas sexuales y el cuidado de la población.

En 1936, la Ley N° 9.604 señala a los «indeseables», a los que se definió como aquellos pertenecientes a «organismos sociales o políticos que por medio de la violencia tiendan a destruir las bases fundamentales de la nacionalidad» (p. 3), lo cual rotulaba a los inmigrantes, y muestra la necesidad del país de aplicar medidas represivas contra los toxicómanos, ebrios consuetudinarios, homosexuales y locos. Lo que se traduce como el desarrollo de la medicina preventiva, que lleva a un desarrollo del campo médico-psiquiátrico sobre el campo social⁶.

De esta manera, la psiquiatría habría dejado de ser el mero poder para controlar, e incluso corregir la «locura», y se convirtió en el poder para controlar aspectos de la vida cotidiana de la población, en especial de los sectores populares. La prensa o la literatura que señalaban a los «locos» como portadores de rasgos bárbaros, también colaboraron en la emergencia de esas nuevas figuras temidas y en la aparición de diversos estigmas (Duffau, 2016). En este sentido, es posible sostener que la categorización de enfermo psiquiátrico excedió el análisis clínico de las patologías y contribuyó a conformar un estereotipo de «inadaptado social» que, por su modo de vida o prácticas, se intentó marginar de la «civilización», a través de un discurso que rechazó la no productividad en el mercado económico y a los «locos» —ya que no eran «productivos»—. Esto incentivó la medicalización de la sociedad, el estudio de la enfermedad mentales (Duffau, 2016) y un clima ecléctico, en el que la psiquiatría «navegaba» entre distintas fuentes intentando conciliar diferentes intereses. Aspecto que, según Augusto Soiza Larrosa, indica la característica de la psiquiatría a nivel nacional y refleja la expresión de una singular y original base clínica, así como la plasticidad del pensamiento psiquiátrico uruguayo (Ginés, 2000).

La psiquiatría parece ser así el reflejo del espíritu del país a principios de siglo XX, en tanto existe un gran interés de poder integrar todos los saberes (Coll, 2008). Sin embargo, hay que decir que dicho interés se presenta más como una declaración de principios que como una realidad, ya que si bien la psiquiatría uruguaya desarrollará a principios del siglo XX una serie de mixturas entre prácticas y teorías, ha reaccionado contra la psiquiatría psicologista y el psicoanálisis hasta finales de la década del veinte, momento donde la situación con el psicoanálisis empieza a cambiar, debido al vacío generado por la muerte de Etchepare en 1925, principal opositor de las ideas freudianas, y al creciente interés de la psiquiatría en relación a la sexualidad y el higienismo.

Parte II

Incidencia de las ideas freudianas en la psiquiatría del Uruguay entre 1899-1940

En la primera mitad del siglo XX, frente a la progresiva patologización y medicalización de la sociedad (Barrán, 1995), los psiquiatras, interesados por la locura, la parálisis general y la histeria, adoptarían ideas provenientes del ámbito europeo: de la psiquiatría francesa, alemana e italiana, aunque también de la obra de Janet, del moralismo y el higienismo, lo que les llevaría a afirmar la coexistencia de causas etiológicas morales, sexuales, ocasionales, accidentales o tóxicas, así como la presencia de causas orgánicas —menstruación, lesión cerebral, presencia de focos histerógenos, etc.—, lo cual provocaría un clima de eclecticismo (Ginés, 2000), que favorecería la «recepción» inicial de las ideas freudianas (de conceptos, o elementos relacionados a su práctica).

En este contexto, durante las primeras décadas del siglo XX ocurre la mencionada «recepción» dentro del ámbito médico psiquiátrico. Según Barrán (1995), la primera mención médica al procedimiento de Freud en el Uruguay data de 1913 en *Ceguera histérica*, publicado en la Revista Médica del Uruguay por el Dr. Etchepare.⁶ En dicha revista, igualmente, un artículo de Morquio del año 1900, titulado *Displegia espasmódica familiar*, hace referencia al trabajo de Freud como neurólogo, vinculado a los escritos de parálisis infantil.

Entre 1910 y 1930, existe una necesidad de la psiquiatría de formalizar la terapéutica, la psicoterapia, y en particular los distintos métodos terapéuticos, tal como muestran los textos de: Duprat P.D. (1911), *Introducción al estudio de la Terapéutica*; Duprat P.D. (1912), *Notas de terapéutica descriptiva*; Duprat P.D. (1914), *De los Agentes Terapéuticos en genera*; Duprat P.D. (1914), *La Psicoterapia*; Rossi S.C (1916), *Contribución al estudio del Psico-análisis*. Y Payseé C. (1920), *De los métodos en Psicología y de sus aplicaciones en Psiquiatría*. En este contexto, un puñado de psiquiatras se interesan por el psicoanálisis en su dimensión técnica, aunque hay que esperar hasta finales de la década del veinte para que el rechazo a su cuerpo doctrinal se reduzca, en particular, en relación al «exagerado *pansexualismo* de Freud».

Por donde soy más descreído en la doctrina Freudiana es en terapéutica. Miraría el dogma pansexualista como factor etiológico con una tolerancia hecha más que nada de indiferencia, si no estuviera tan ligado a la terapéutica. Y en este terreno, yo me permito ser severo. No desconozco ni dejo de utilizar la eficacia del método catártico, como de todo elemento de claridad persuasiva, en la psiconeurosis; pero afirmo [...] que ni he curado ni creo posible que nadie cure a un psiconeurótico solamente con palabras. (Rossi, 1926, p.71)

A partir de la muerte de Etchepare en 1925 —fuerte opositor de la teoría freudiana—, se habría generado un campo fértil para la «recepción» de las ideas psicoanalíticas. Durante la década del treinta, bajo un renovado interés por la higiene social, se crea en 1934 la cátedra de *Higiene Social y Técnica Hospitalaria*, y bajo la influencia de una mirada médica preocupada por la Salud de Estado y la degeneración, se estudian los biotipos, la herencia mórbida y la sexualidad, la cual empieza a acaparar la atención de varios psiquiatras. Esto provocó un viraje en torno al psicoanálisis durante la década del treinta y del cuarenta, ya que las críticas se atenúan sensiblemente y aparecen publicados textos doctrinales de psicoanálisis de psiquiatras extranjeros en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, como: *Conferencia Sobre Psicoanálisis* (Navarro, 1938), y *Teoría y práctica del psicoanálisis* (Mira y López, 1940), así como referencias textuales, que dan cuenta de la incorporación del cuerpo doctrinal del psicoanálisis dentro la escritura médico-psiquiátrica, tal como muestran los siguientes textos:

Psicogénesis de un parricidio

El explayamiento de esa “psicología profunda” exigiría volúmenes. Su mínima citación debe referir a su noción básica: el estudio psicoanalítico de la personalidad. Es noción corriente el concepto psicoanalista sobre ésta, sobre los “planos funcionales de la personalidad”: el “ello”, el “yo”, el “superyó”. En el primero se integran las fuerzas primarias de fondo orgánico, inmediatas a lo ancestral, las tendencias antisociales, de impulso, de destrucción “los instintos” agresivos, sádicos o de muerte” (FREUD) los deseos, las satisfacciones impuras: lo inconsciente. Son componentes de lo segundo,

los productos individuales de corrección, de nivelación o de moderación que la educación y la experiencia imprimen a aquello primarios (del ello); el yo está orientado por el raciocinio o por el utilitarismo, está filtrado en ellos; hay selección, ordenamiento, medida, por justiprecio de la razón; son elementos de la subconsciencia. Y el tercer núcleo de la personalidad, es el súper-yo, la crítica que “inhibe y refrena” la censura casi austera, la conciencia moral casi tiránica si es excesiva, las tendencias morales y estéticas afirmadas, la responsabilidad de mayor o menor exageración, la dictadura moral exigente, implacable, sobre el yo, y el ello (Payssé, 1936, p. 60-61).

Manifestaciones artísticas en asilados del Hosp. Vilardebó

La afectividad del enfermo está caracterizada por un gran complejo sexual anormal con tendencia edipiana, complejo de viajes y exagerado complejo de “yo”. No es tímido y su temperamento es algo colérico.

Su voluntad se caracteriza por la terquedad y persistencia en sus propósitos (Cáceres, 1936, p. 29).

Y en *Examen psicológico de un Artista esquizofrénico*: «... desde niño H.B; muy apegado a su madre fue desarrollando un complejo de Edipo que el propio Prof. Rossi ya había observado» (Cáceres, 1938, p. 31-32).

En este proceso de «recepción» de las ideas freudianas, la muerte de Etchepare habría dado lugar a un «punto cero», generando un vacío que permitió una entrada profunda de estas ideas al ámbito psiquiátrico. Esta recepción estaría incentivada por razones sociales, pues el Estado Uruguayo, durante la década del treinta, estaba preocupado por los efectos producidos por las oleadas migratorias sobre la posible degeneración de la sociedad (Duffau, 2013), lo que favoreció el interés por el concepto de degeneración de Morel, por el higienismo y la búsqueda de diferentes modos de regular los comportamientos de los diferentes grupos sociales, en cuyas conductas se centra la mirada médica (sobre lo sexual, el alcoholismo, el papel de la mujer, etc.).

Parte III

Análisis sobre la incidencia del concepto de transferencia en el ámbito psiquiátrico del Uruguay entre 1899 y 1940

Como se ha notado, existe una inscripción de ideas freudianas en psiquiatría a pesar de que no aparece el significante «transferencia»⁷. Ante él, cabe indicar que la psiquiatría a nivel nacional presentaría una relación singular con el significante «transferencia» entre 1899 y 1940, ya que no aparecería dicho significante en ningún caso o texto doctrinal del periodo de estudio, a pesar de que: 1.º, existiría interés por la histeria desde 1899 a 1930 en el ámbito médico psiquiátrico. 2.º, sería reconocible la lectura de *Estudios sobre la histeria* (1893-1895). 3.º, frente al cuadro de la histeria, se introduce el «Psico-análisis» como «procedimiento de Freud» y «psicoterapia» (Etchepare, 1913, p. 113, 117) y como «método de Freud y Breuer conocido por Psico-análisis» (Rossi, 1916, p. 728). Y 4.º, existirían articulaciones de conceptos freudianos en casos clínicos y textos doctrinales —a partir de la década del treinta—.

Ante ello, se considera, a la hora de analizar la escritura de casos y textos doctrinales de psiquiatría, que la transferencia podría producir una «marca», en tanto que, si bien la ausencia de tal significante se haría

7 Durante la investigación fue notorio como los psiquiatras no refieren al significante transferencia a pesar de que hay indicios que indican una lectura de Freud (1912), quien al referir a las instituciones asilares dice:

En institutos donde los enfermos nerviosos no son tratados analíticamente se observan las máximas intensidades y las formas más indignas de una transferencia que llega hasta el sometimiento, y aun a la más inequívoca coloración erótica de ella (...). Puede preguntarse, aún, por qué los fenómenos de resistencia transferencial salen a la luz sólo en el psicoanálisis, y no en un tratamiento indiferente, por ejemplo, en institutos de internación. La respuesta reza: también allí se muestran, sólo que es preciso apreciarlos como tales. Y el estallido de la transferencia negativa es incluso hartamente frecuente en ellos. El enfermo abandona el sanatorio sin experimentar cambios o aun desmejorado tan pronto cae bajo el imperio de la transferencia negativa. Y si en los institutos la transferencia erótica no es tan inhibitoria, se debe a que, en ellos, como en la vida ordinaria, se la esconde en lugar de ponerla en descubierto; pero se exterioriza con toda nitidez como resistencia contra la curación, no por cierto expulsando del instituto a los enfermos —al contrario, los retiene ahí—, sino manteniéndolos alejados de la vida. En efecto, para la curación poco importa que el enfermo venza dentro del sanatorio ésta o esta otra angustia o inhibición; lo que interesa es que también en la realidad objetiva de su vida se libere de ellas. (p. 99, 103-104)

visible, la transferencia sería señalada en la escritura mediante diferentes marcas lingüístico-discursivas.

En líneas generales, si bien los casos clínicos del periodo 1899-1940 mostrarían cierto predominio del discurso en tono objetivo⁸ y descriptivo, se observan recurrentes cambios de estilo y de la posición enunciativa, así como la presencia de adjetivos calificativos y verbos de acción, afección, desiderativos y de comunicación durante el tratamiento, el diagnóstico y la cura, en momentos en que se señala la interrelación psiquiatra-paciente, ya sea durante el interrogatorio, la conversación, la persuasión, la sugestión o la amenaza. Esto permitiría que: 1.º, el uso de ciertos adjetivos calificativos podría señalar la presencia de índices de la transferencia en el discurso psiquiátrico, como cuando se dice «Muy cariñosa» (Etchepare, 1913, p. 113) lo que —como plantea Lacan (2003, p. 178) en *El Seminario 8. La Transferencia*— en tanto elogio sustituye al amor mismo. 2.º, los cambios de posición enunciativa apuntarían a una «caída» de la descripción-objetivación, pues no se podría sostener la descripción y sería necesario introducir la posición enunciativa en primera persona del singular, un cambio de posición enunciativa en el discurso psiquiátrico que permitiría referir al accionar del psiquiatra, ubicando al mismo como personaje principal de un drama. 3.º, las referencias a la conversación, persuasión y amenaza señalarían la articulación de una demanda del psiquiatra dirigida hacia el paciente, *favoreciendo así que el paciente hable* y, en tanto que da su palabra a un dominio del saber, a la psiquiatría, se facilita la curación, en tanto que se produciría la remisión sintomática parcial como un modo de satisfacción en la relación con el Otro. Sin embargo, tal referencia tiende a introducir una fluctuación sobre el estilo del discurso psiquiátrico, pues si bien es posible referir a distintas maniobras del psiquiatra y a las respuestas del paciente, se introduciría la narrativa y referencias a singulares expresiones del deseo del paciente, mediante gestos, quejas, neologismos, al narrar el sufrimiento, al recordar, o cuando una paciente dice: «desearía ser la mujer de un médico» (Etchepare, 1905, p. 97).

8 La escritura descriptiva en tiempo presente y la ausencia de referencias a la primera o segunda persona del singular brindan una aparente objetividad, que es propia del discurso científico (Todorov, 1978).

A pesar de ello, la psiquiatría parecería no tener las condiciones discursivas para referir de manera explícita al papel del deseo, o darle palabra, lo cual, parecería afectar la escritura de caso, en tanto que la palabra del paciente aparece parafraseada, referida o citada, pero tiende hacerlo mediante una cisura en la escritura, algo se omite, no se transcribe, no se parafrasea. Esto señalaría que el discurso psiquiátrico tendría cierta dificultad para ligar el lugar del deseo articulado en el decir del paciente, provocando la elusión del mismo.

Ahora bien, en tanto que la palabra del paciente se articularía en una demanda del Otro que mandata decir, se articularía una situación donde el amor podría estar en juego, ante lo cual parecería ser preciso cambiar el discurso en su estilo y posición enunciativa, introduciendo un estilo narrativo que, por momentos, parecería representar al sufrimiento del propio psiquiatra, pues como plantea Dunker (2015), al referir a Adorno, «toda forma de sufrimiento es una reflexión que todavía no encontró su punto de viraje y, por lo tanto, no puede ser reconocida como deseo de que las cosas se transformen, él está intentado corregir esas lagunas» (p. 223), lo que en los casos parecería notarse mediante: una ausencia de referencias a la reflexión del psiquiatra sobre su relación con el paciente; un predominio de referencias que posicionan al psiquiatra en un lugar del saber como autoridad suprema, ante el cual se presenta una alteración en el discurso referida a la interacción con el paciente, sobre la cual no se piensa, no se dice, no se analiza; o se omite introducir referencias que permitan notar el efecto de la transferencia.

Más allá de ello, si la transferencia puede ser señalada en la escritura de casos clínicos mediante diferentes marcas lingüístico-discursivas, ello señalaría que hay algo de la transferencia que para la psiquiatría parecería encontrarse tocando algo del orden de lo real, entre lo contingente y lo imposible, en tanto la transferencia parecería existir allí en límite de lo simbolizable, inscribiéndose, por así decirlo, de modo «indirecto», desplazado, en su propia naturaleza de acontecimiento, mediante distintas marcas lingüístico-discursivas sin ser nombrada como «transferencia».

Como plantea Gambini (2019), el estudio de los casos clínicos en psiquiatría permite visualizar en qué medida la interacción psiquiatra-paciente ha incidido en la observación de los signos clínicos, así como en

su articulación con el diagnóstico, la etiología, la terapéutica y la cura. En dicho proceso se produce una articulación entre semiología, categorías nosológicas, palabras del lenguaje natural, referencias semiológicas sobre la enfermedad del paciente, elementos relativos a la singularidad del propio paciente, de sus gestos, sus formas de simular, sus formas de hablar, de oponerse al médico, de pintar, etc. Existe así una articulación del pensamiento clínico que propicia la mediación de lo general, lo particular y lo singular. Un ejercicio donde el papel de la percepción de la enfermedad mental se vuelve central para transmitir una experiencia sobre un cuadro o sobre la enfermedad de un paciente.

El caso clínico en psiquiatría se presenta como un instrumento de transmisión de la experiencia, capaz de fundar un lugar para señalar cual es verdaderamente la enfermedad que se observa, su cuadro, su diagnóstico, y en tanto el caso clínico se coloca como una posibilidad de la verdad, puede presentarse como un *evento* (Heidegger, 2003) de la emergencia de dicha verdad.⁹ Ahora bien, en tanto la verdad parecería ser indicada a partir de la referencia a la naturaleza sensible de lo observable, ella sería considerada por el discurso psiquiátrico como condición de veracidad –el cuadro del paciente es *verdaderamente* este y no aquel– y en función de dicha condición, la historia del paciente se articula, ya sea para permitir comprender la limitación de un cuadro o para descifrar un enigma. En cualquier caso, hay aspectos a aclarar, a definir, a conocer (Gambini, 2019).

Es visible cómo la observación clínica de la enfermedad mental es señalada en la escritura; sin embargo, la misma presenta fisuras, puesto que, si bien es remitida a la naturaleza de lo somático, de la mímica o del gesto, ella no permite un acceso pleno a la verdad de la enfermedad, ya

9 Heidegger plantea que «el ser [*Seyn*] (como evento) –como afirmación de la verdad del ser– necesita al ente, a fin de que él, el ser [*Seyn*], se esencie» (2003, p. 42). Por ello, es posible pensar que el discurso psiquiátrico, es capaz de esenciarse como discurso en tanto permite ubicar referencias al psiquiatra –como un “ser psiquiatra”– en un reconocer/se y dar lugar a una transmisión de la experiencia mediante el propio caso, ya que éste refiere a cómo el psiquiatra, en tanto ser-ahí, se afirma en cada decir y en cada acción. Por eso, el caso, al señalar lo posible, lo causal y lo necesario, se hace vehículo del pensamiento, por lo que el caso refiere el evento de la verdad. La verdad de un discurso que se afirma como verdadero cada vez que se señala cual es verdaderamente la enfermedad, la causa de la enfermedad, o la manera de tratar a la enfermedad.

que, para ello, sería necesario que el paciente hable, interactúe; allí, frente a esa necesidad, se articularía la transferencia. El psiquiatra interactúa con el paciente mediante una relación fundada en un contrato, por el cual el psiquiatra está obligado a tratar y cuidar del enfermo, mientras que este último es incitado a responder, a hablar y a hacer. En la medida en que el paciente actúa de cierta forma, colocándose en determinada posición, puede reconocerse y ser reconocido en función de la autoridad del psiquiatra. A partir de allí, el discurso psiquiátrico codifica el decir del paciente mediante signos clínicos referidos a la semiología del carácter, la mímica, las emociones y los actos del paciente, etc. Entonces, por medio de la articulación con otros signos clínicos, el discurso psiquiátrico iría delimitando el cuadro, o conociendo la situación del paciente.

El caso entra así en la dimensión del acontecimiento en la medida en que permite que algo nuevo sea dicho o realizado, algo que muchas veces parece exceder a la propia motivación del psiquiatra, dado que el caso no solo presenta lo particular de la enfermedad, sino también la singularidad del sujeto —su singular condición social, su narrativa de sufrimiento, su gestualidad, sus recuerdos, sus ocurrencias, etc.—. Sin embargo, al paso que esa singularidad queda capturada por la semiología, tiende a producirse cierta obturación, debido a que existe algo que no queda registrado en los enunciados, que no se ve claramente, que no es dicho totalmente, que no se escribe explícitamente, o que no se considera semiológicamente significativo. En consecuencia, permanece como un resto que, aunque no sea nombrado, procura aparecer de forma incesante en la escritura; un resto que estaría signado por la transferencia. Dicho de otro modo, las marcas lingüístico-discursivas de la transferencia insisten en la escritura a pesar de que ella no sea nombrada explícitamente, emergiendo una y otra vez en torno a la relación psiquiatra-paciente.

En virtud de ello, podemos considerar a la transferencia como aquello que nos permite acceder a los signos semiológicos de los actos, el discurso y las emociones. No obstante, se trata de un fenómeno que, como analistas del discurso, podemos nombrar como «transferencia», pero que el discurso psiquiátrico no puede admitir como existente y operando en la situación clínica. De hecho, mantener la transferencia como un resto parecería ser la operación mediante la cual el discurso psiquiátrico conservaría la

ficción objetivante sobre *la verdad* de la enfermedad mental, consistente en la suposición de que la misma provendría directamente de lo observado, o del papel del psiquiatra en la dirección de la cura, sin ser afectado por ella.¹⁰ La ilusión de que la verdad sería transmisible íntegramente a través de la publicación del caso está sustentada en la misma ficción, aunque, tal como señala Lacan, la verdad posee estructura de ficción y solo puede ser enunciada a medias.

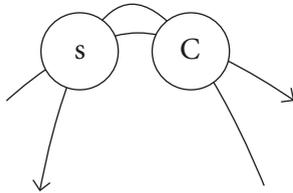
En el caso clínico en psiquiatría existe una articulación de un lenguaje semiológico, el cual sostiene la escritura y codifica la relación psiquiatra-paciente mediante una serie de marcas lingüístico-discursivas que informan y caracterizan el modo en el que el paciente se posiciona ante el clínico. Esto es, definen un modo de transferencia, pero sin nombrarla explícitamente. La transferencia emerge como «la huella de un punzón», capaz de dejar su marca en la superficie sin ser nombrada como tal, permitiendo la articulación de las marcas lingüístico-discursivas de la transferencia con signos clínicos, dando lugar a un discurso clínico que «metaforiza» los efectos de la transferencia, y que permite referir a las «caídas» y reposicionamientos del saber, presentes en la delimitación de los síntomas, del diagnóstico, de la etiología, y del tratamiento.

La presentación de las marcas lingüístico-discursivas de la transferencia en los casos abordados nos permite considerar que ella sería aludida tanto en relación a la producción de lo singular, de lo novedoso, como a la prolongación de la repetición, haciendo de la transferencia un fenómeno articulado alrededor del goce. En este sentido, si consideramos a la transferencia como la puesta en juego de un sujeto en torno a otro que se identifica con el lugar del saber, podemos afirmar que la transferencia se haría visible mediante: 1.º, la repetición de referencias sobre el modo en que el paciente actúa o habla en transferencia, la cual refleja un medio de goce; 2.º, las referencias a momentos en que la transferencia articula un deseo,

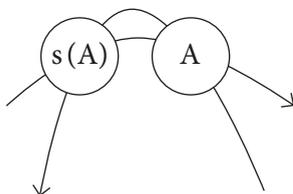
10 Es preciso recordar que la vertiente organicista, inspirada en Griesinger, considera a la psiquiatría como una ciencia, cuyo objeto de estudio es accesible a la sensibilidad. De modo que, bajo la influencia de una perspectiva kantiana, considera relevante la observación de las manifestaciones accesibles a la intuición sensible (Pereira, 2007), las cuales, una vez organizadas por la sensibilidad, permiten percibir a la enfermedad mental en su naturaleza, tal cual se nos presenta en su forma.

una falta que impulsa la producción de la demanda; 3.º, las referencias a la identificación del psiquiatra con algún rasgo significativo del paciente; y 4.º, las referencias a los momentos en los que emerge el paciente como sujeto (s), como una diferencia que da lugar a algo de lo novedoso, un recuerdo, un gesto, una queja o una ocurrencia.

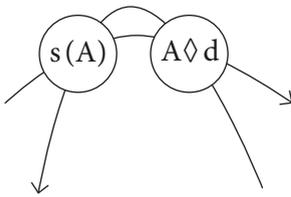
Como plantea Gambini (2019), cuando un paciente hace o dice algo se produce una cadena de significantes que, desde el discurso psiquiátrico, es cifrada mediante un código semiológico (C), que le asigna a esa cadena un significado (s), el cual, de cierta forma, es dirigido hacia el paciente. Representamos este aspecto a partir de la forma base del *grafo del deseo* empleado por Lacan (2011):



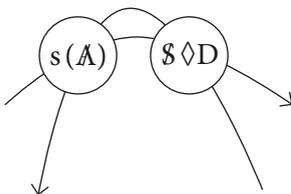
Dada la introducción de referencias sobre el paciente, así como el papel del psiquiatra en el lugar del saber, del Otro —como si fuese un Otro no barrado (A), sin fisuras—, es posible ubicar, en el discurso psiquiátrico, referencias sobre las formas en que el paciente actúa, cuyo sentido es establecido retroactivamente por el Otro (psiquiatra) que, en el segundo grafo es notado como $s(A)$.



A medida que se produce la relación entre el psiquiatra y el paciente, es posible considerar que allí se articula un deseo mediante la demanda, la cual dirige hacia el Otro ($A \diamond d$).



Mientras que, desde el accionar del discurso psiquiátrico, se interpela a que el paciente responda o realice determinada acción, en función de ello, se produce una marca lingüístico-discursiva, que parece constituir un efecto de la presencia del discurso psiquiátrico en tanto Otro ($S(A)$). Al mismo tiempo, se espera del paciente que hable, que actúe, ante lo cual se produce la entrada del psiquiatra en la escena, mediante referencias a su acción, la cual obliga al paciente a someterse a la demanda del psiquiatra como si esta coincidiera con el deseo de aquel. Durante dicha maniobra, la ficción del discurso psiquiátrico que apunta a mostrarlo como un Otro sin fisuras parece no poder sostenerse, en tanto que el discurso «cae», cambia de estilo y de posición enunciativa, señalando así su falla. Por ello, la respuesta que el paciente suele dar al psiquiatra parece quedar, en ciertos momentos, en el lugar del falo, en el lugar del significante de la falta del Otro: $S(\bar{A})$. Por otra parte, la acción del psiquiatra ahí referida parece volverse accesible al paciente, por lo que este último se inclinaría a encontrarse con los significantes de la demanda ($\$ \diamond D$).¹¹



11 Por más que el discurso psiquiátrico coloque al psiquiatra como si fuera un gran Otro no barrado, una y otra vez, ante el enigma de la locura, dicho discurso cae de la posición enunciativa impersonal a la posición enunciativa en primera persona del singular, dejando en evidencia un cortocircuito. Eso mostraría que el discurso psiquiátrico, frente a cada momento de interacción, en el fondo, no puede sostener la referencia al psiquiatra como si ello pudiese asegurar un gran Otro completo. Por el contrario, la propia «caída» de la posición enunciativa indica que el Otro está barrado (\bar{A}), es decir que el discurso falla, que en él está incorporada la falta por la acción del significante, que funda al sujeto barrado ($\$$).

Cuando el paciente responde, intentando dar resolución a la interrogación sobre el deseo del psiquiatra en tanto Otro, articula la transferencia.

CONCLUSIÓN

Desde principios de siglo XX las ideas freudianas fueron penetrando el campo psiquiátrico entre momentos de resistencia y otros donde se nota su inscripción. Sin embargo, en general, no es posible decir que las ideas freudianas transformaron el pensamiento psiquiátrico de manera rápida o radical, sino que más bien tales ideas fueron insertas dentro de las lógicas discursivas ya existentes. Ello implica que, si bien no es posible afirmar un cambio profundo en las prácticas y lógicas de la psiquiatría, si es notorio visualizar como la inscripción de las ideas freudianas dio lugar a una mayor riqueza a nivel del análisis etiológico, en el abordaje del diagnóstico y en el tratamiento del paciente, donde allí se reconoce el potencial del psicoanálisis.

En relación a la transferencia, la relación psiquiatra-paciente-psiquiatría se nos presenta como una relación dialéctica, en la que se trata de objetivar una conducta, un síntoma o un cuadro desde una asimetría. Existe una búsqueda sobre lo que el paciente produce, y ante ella, se transmite una experiencia. Al mismo tiempo, el discurso psiquiátrico insiste en mostrar que sabe significar los comportamientos, los síntomas y los signos del paciente, y que es posible (re) dirigir la acción del enfermo, articulando así la transferencia. De este modo, la transferencia sería el motor de la clínica psiquiátrica, dado que, a partir de allí, el clínico accedería a la verdad de la enfermedad de su paciente, aun al costo de acallar su palabra o actuar por encima de su voluntad. En cualquier caso, la transferencia es señalada, aunque en ella el paciente se ve sometido a las maniobras de su psiquiatra, de modo que su cura parece reflejar la manera en que el paciente se adapta al mandato establecido por el discurso psiquiátrico.

A pesar de tal sometimiento, la referencia a la transferencia también es señalada como una incomodidad y al mismo tiempo como algo necesario, pero de lo que no se puede reflexionar o hablar, quizás por ello la transferencia señalaría que ante el desarrollo de la clínica no domina la razón sino el deseo. ♦

RESUMEN

El presente trabajo busca caracterizar la inscripción de las ideas freudianas en el ámbito psiquiátrico del Uruguay durante las primeras cuatro décadas del siglo XX. Para ello, con la intención de enmarcar dicha inscripción, iniciamos una presentación descriptiva de la psiquiatría en el Uruguay, así como de la inscripción de las ideas freudianas. Una vez introducido dicho desarrollo, nos centramos en trabajar sobre la temática de la transferencia, dado que la misma presenta una singular inscripción en el ámbito psiquiátrico.

Descriptores: HISTORIA PSICOANÁLISIS / TRANSFERENCIA / PUBLICACIÓN / INVESTIGACIÓN / VINCULO TERAPÉUTICO / ENFERMEDAD MENTAL

ABSTRACT

This paper characterizes the inscription of Freudian ideas in the psychiatric field of Uruguay during the first four decades of the twentieth century. For it, with the intention of framing said inscription, we began a descriptive presentation of psychiatry in Uruguay, as well as the inscription of Freudian ideas. One this development has been introduced, we focus on working on the subject of transfer, since it presents a unique inscription in psychiatric field.

Keywords: HISTORY PSYCHOANALYSIS/ TRANSFERENCE/ PUBLICATION/ RESEARCH/ THERAPEUTIC BOND/ MENTAL ILLNES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assoun, P. L. (2008). *La Transferencia. Lecciones psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión. Colección Freud Lacan.

Barrán, J. P. (1995). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos 3. La invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental.

Bleuer, E. (1993). *Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen-Hormé.

Braustein N. A., Geber D., Orbañanos M.T., Gilling D., Escobar M.G., Saal F., Bicecci M. y Nasio J.D. (2005). La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan. En: *Coloquios de la fundación* (3). México D.F.: Siglo XXI.

- Cáceres, A. (1936). Manifestaciones artísticas en asilados del Hosp. Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 44-57.
- Cáceres, A. (1938). Examen psicológico de un Artista esquizofrénico. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 31-40.
- Casarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 71 (2), pp. 153-163.
- Coll, O. (2008). *Cátedra de Psiquiatría 1908-2008: un siglo de pensamiento psiquiátrico nacional*. Montevideo: Artemisa.
- Darder, V. C. (1937). Higiene Mental en la edad crítica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 59-65.
- Duffau, N. (2013). El tratamiento de la "locura" en la obra de José Pedro Barrán a través del análisis de Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900. *Revista Cultura PSI/PSICultures* 1.
- Duffau, N. (2015). *Comunicación personal*. Montevideo.
- Duffau, N. (2016). Urano, Onán y Venus: La sexualidad psicopatologizada en el Uruguay del Siglo XIX *Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica Rio de Janeiro*. 8 (1), pp. 21-39.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sufrimiento e sintoma*. São Pablo: Estado de Sítio.
- Dunker, C. I. L.; Paulon C.P. y Milán G. (2016). *Análise Psicanalítica de Discurso*. Perspectivas Lacanianas. São Pablo: Estação das Letras e Cores.
- Duprat, P.D. (1911). Introducción al estudio de la Terapéutica. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 163-180.
- Duprat, P.D. (1912). Notas de terapéutica descriptiva. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 25-34.
- Duprat, P.D. (1914). De los Agentes Terapéuticos en general. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 77-107
- Duprat, P.D. (1914). La Psicoterapia. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 159-210.
- Etchepare, B. (1905). Desequilibrio mental; hiperestesia e inversión sexual; safismo, hermafroditismo psico-sexual; morfinomanía, mitridatización, histeria. *Revista Médica del Uruguay*. Montevideo, pp. 94-97.
- Etchepare, B. (1913). Ceguera histórica. *Revista de Medicina del Uruguay*. Montevideo, pp. 113-119.
- Ey H; Bernard P. y Brisset Ch. (1965). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Fascioli, A. A. (1937). Higiene mental en la adolescencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 23-33.
- Freud, S. (1992). *Presentación autobiográfica*. En: *Obras completas (1925 [1924])*, Vol. XX, pp. 1-70. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En: *Obras completas Vol. XII*, pp. 93- 106). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gambini, M. (2019). «*Etchin, tepe, emoreja*»: *Un estudio discursivo de las marcas lingüístico-discursivas de la transferencia en la escritura de caso clínico psiquiátrico, en el Uruguay (1899-1940)*. Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar (tesis en proceso de revisión final).
- Ginés, A. M. (2000). Desarrollo y Estado Actual de la Psiquiatría en el Uruguay. *Sitio Médico*. Recuperado de: <http://www.sitiomedico.org/artnac/2000/09/04.htm>
- Harari, R. (1999). *Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis de Lacan*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Heidegger, M. (2003). *Aportes a la filosofía. Acerca del evento*. (1936-1938) Buenos Aires: Almagesto.
- Huertas, R. (2010). Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swain. Dossier: Enfermedad mental y cultura de la subjetividad (siglos XIX y XX) 11-27. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*. Instituto de Historia. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. CSIC – España. Recuperado de: <http://revistaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16501/16342>
- Lacan, J. (2011). *El Seminario 5. Las formaciones del Inconsciente (1957-1958)*. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (2003). *El seminario 8. La Transferencia. (1960-1961)*. Buenos Aires: Paidós.
- Meyer, E., Pietromica, Y., Parodi, R., Carlson, D., Bercoff, E., Acosta, J.M., Ravenna, A. y Greca, A. (2010). *Clínica Médica y Psiquiatría en diálogo: experiencia con un grupo operativo (BALINT) 1-4.1ra Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica. Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario, Rosario - Santa Fe - República Argentina. Clínica-UNR.org*. Recuperado de: <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/a85bfoMeyer.pdf>
- Mira y López, E. (1940). Teoría y práctica del psicoanálisis. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 47-56.
- Navarro, F. A. (1938). Conferencia Sobre Psicoanálisis. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 3-37.
- Paulon, C. P. (2018). *Introduzindo o conceito de narrativa em psicanálise; sobre um operador comparativo para o estudo de casos clínicos*. São Paulo: Instituto de Psicología. Universidade de São Paulo.
- Payseé, C. (1920). De los métodos en Psicología y de sus aplicaciones en Psiquiatría. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 61-88.
- Payssé, C. (1936). Psicogénesis de un parricidio. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 34-70.
- Payssé, C. (1937). La higiene mental en la infancia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 35-40.
- Pêcheux, M. (2016). *Las verdades evidentes*. Buenos Aires: Centro Cultural de la cooperación Floreal Gorini
- Pereira, M. E. (2007). Griesinger e as bases da "Primeira psiquiatria biológica". *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 10 (4), pp. 685-691.
- Pérez Pastorini, V. (1925). Un caso de mutismo. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 100-103.
- Radecki, W. (1935). Psicología de la alucinación. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.
- Rossi, S. C. (1916). Contribución al estudio del Psicoanálisis. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 725-729.
- Rossi, S. C. (1926). Consideraciones bioquímicas sobre el Freudismo. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 69-76.
- Saurí, J. J. (1996). *El naturalismo psiquiátrico*. Buenos Aires. Lohlé-Lumen.
- Schiaffino, (1937). La Higiene Mental en la escuela. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 67-75.
- Sicco, A. (1936). Neurosis de angustia por Varicocele. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 5-13.
- Sicco, A. (1937). Plan de profilaxis mental (La lucha contra las enfermedades mentales). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 15-22.
- Sullivan, H. S. (1969). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique. Todorov, T. (1996). *Los géneros del discurso*. Caracas: Monte Avila Ed.
- Vallejo M.; Miranda M. (2004). Los saberes del poder: Eugenesia y Biotipología en la Argentina del siglo XX. *Revista de Indias*, 66 (231), pp. 425-444. Recuperado de: <http://revistadeindias.revistas.csic.es/index.php/revistadeindias/article/viewFile/547/614>
- Zorzanelli, R.; Dalgarrondo, P.; Banzato, C. E. M. (Setiembre, 2016). Realismo e pragmatismo em psiquiatria: um debate. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 19 (3), pp. 527-543. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v19n3/1415-4714-rlpf-19-3-0527.pdf>