



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo final de grado

Psicosomática y psicoanálisis: conjeturas acerca de una posible integralidad

Monografía

Autora: Gimena Hernández Artasco (C.I 5.176.622-3)

Tutor: Prof. Agdo. Dr. José Guillermo Milán Ramos

Revisor: Prof. Adj. Mag. Carmen Gabriela De Los Santos Ribero

Apoyo a tutoría: Lic. María Gabriela Donya (Grupo de investigación: Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay - FCPU).

Montevideo, Octubre 2020

Indice

Resumen:	2
Introducción	3
1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de psicología?	5
2. Breve revisión histórica del desarrollo de la Psicología.....	7
2.1 Su origen en la antigüedad; de Hipócrates a Galeno	7
2.2 Edad media: razón y fe S. V a XV	8
2.3 Tiempos <i>modernos</i> en el S. XV y XVI.....	9
2.4 Integracionismo y psiquiatría dinámica S XVI y XVII	11
3. Consideraciones epistemológicas acerca de la psicología: apuntes para un debate.....	15
3.1 Normal-patológico, sano-enfermo: rupturas epistemológicas	16
3.2 El ideal de holismo, ¿un artificio del lenguaje?: los aportes de Foucault... 19	
4. El aporte del Psicoanálisis a la problemática de la Psicología	21
5. Uruguay: inscripción de algunas ideas o nociones en relación a la psicología desde Más de Ayala y Valentín Pérez Pastorini.	27
5.1 Isidro Más de Ayala: de médico psiquiatra a médico psicólogo	28
5.2 Valentín Pérez Pastorini: interdiscursividad, medicina, psicología y psicoanálisis.....	32
6. Consideraciones finales.....	35
7. Referencias bibliográficas	36

Resumen:

La presente monografía parte de una revisión bibliográfica que indaga acerca de cómo, a través de la instauración de las ideas psicoanalíticas, se comienza a introducir la psicósomática en los discursos de los psiquiatras, en Uruguay, entre los años 1930-1960. Se historiza el término *psicósomática* en conjunción con las tensiones entre los dualismos que nuclea las viejas escisiones salud-enfermedad, mente-cuerpo y enfermedades del cuerpo-enfermedades del alma. Se despliega un debate epistemológico acerca de estos dualismos, así como sobre lo normal y patológico, con las rupturas epistemológicas que de allí se desprenden. Se analiza el devenir de la *psicósomática* en *psicoanalítica* a la luz de las distintas escuelas que la representan, partiendo de las ideas de Freud, a las que haremos referencia a través del trabajo de Jacques Lacan y Christian Dunker. Buscaremos reflejar, en Isidro Más de Ayala y V. Pérez Pastorini, los dos psiquiatras investigados, cómo las ideas psicoanalíticas se pueden apreciar en sus elaboraciones e ideas psicósomáticas.

Palabras claves: psicósomática - psicoanálisis - dualismos

INTRODUCCIÓN¹

Lo que cuenta en las cosas dichas por los hombres no es tanto lo que los hombres hayan pensado antes o después, sino lo que desde el comienzo las sistematiza y las vuelve, para el resto del tiempo, indefinidamente accesibles a nuevos discursos y abiertas a la tarea de transformarlas. (Foucault, 2012, p. 15).

El interés por indagar en la relación entre psicósomática y psicoanálisis viene desde el inicio de mi formación en Psicología. Habiendo cursado el seminario curricular “psicósomática psicoanalítica” unos años atrás, me convoca retomar algunas de sus lecturas y profundizar un poco más en el tema.

La presente monografía comienza con un capítulo inicial de algunas conceptualizaciones y concepciones de la psicósomática.

El capítulo dos propone un recorte histórico para rastrear los orígenes de la discusión vigente sobre *enfermedades del cuerpo - enfermedades del alma* o el *espíritu*, y su devenir en lo que luego se llamó psicósomática. El recorrido histórico se origina en la medicina hipocrática, la cual, luego de un largo desarrollo, arribará a lo que Ellemberger (1970) denomina "psiquiatría dinámica". Es en este punto donde se hará énfasis, dado que surgen movimientos importantes en la clínica psiquiátrica y sus discursos, los cuales son impregnados de ideas psicoanalíticas en pleno proceso de asimilación por parte de la medicina y la cultura general de nuestro país.

En el capítulo tres se establece una discusión epistemológica que da cuenta de las tensiones en torno al pensamiento dualista, la etiología de las enfermedades, y las tentativas de instaurar una lógica integral y holística que *una* el cuerpo y la mente, para concebir una visión completa del ser. Para esto será necesario entender las concepciones sobre el surgimiento de la enfermedad, para lo cual se revisarán los conceptos de normal y patológico enmarcados en las exigencias y delimitaciones del positivismo.

En el capítulo cuatro analizaremos cómo la psicósomática deviene en psicoanalítica. Para ello se estudiarán algunas nociones del psicoanálisis, por ejemplo, la conversión histérica. También se enfatizará en los movimientos dialécticos de las diferentes escuelas que nuclea la psicósomática: la Escuela Francesa, la Escuela de Chicago y la Escuela Rioplatense. Aquí también se pondrá en cuestión la concepción integral del ser, pensada a través del psicoanálisis. ¿De qué forma son entendidas

¹ Este trabajo se enmarca dentro del grupo de investigación: *Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay* (FCPU), de la Facultad de Psicología (UdelaR) y del Proyecto de Investigación y Desarrollo (I+D) *Constitución de las prácticas psicoterapéuticas en el Uruguay: acción psicoterapéutica, transformación subjetiva y social (1930-1960)*, coordinados por el Prof. Agdo. Dr. J. Guillermo Milán. El interés por indagar y profundizar en la temática elegida es producto de los debates e intercambios enriquecedores que se despliegan en el encuentro con los compañeros del grupo de investigación, generando en mí la motivación por ahondar o entender un poco más la recepción y asimilación de las ideas psicoanalíticas en nuestro país en relación a la psicósomática. Debo señalar que esta última despertó interés y curiosidad en mí ya desde principios de la formación.

dichas ideas para concebir lo psicosomático? Para esta complejización serán utilizados los planteos contemporáneos de Christian Dunker, así como la impronta de las ideas lacanianas que pondrán a discutir su concepción de sujeto como sujeto escindido.

En el último capítulo se articula esta dialéctica de pensamiento a la situación en Uruguay, en los años 1930 – 1960. Se sitúan estas nociones de psicosomática, así como la *concepción de ser integral* desde las ideas psicoanalíticas, a partir de las investigaciones de dos psiquiatras. Por un lado, Isidro Mas de Ayala, médico psiquiatra y escritor, quien dejaba entrever tanto en sus libros como publicaciones (en la Revista de Psiquiatría del Uruguay), un interés por la postura psicosomática, con una clara influencia de su lectura del psicoanálisis. La otra figura indagada será la del psiquiatra y primer psicoanalista uruguayo, Valentín Pérez Pastorini, puntualmente desde un texto de gran interés para la clínica, como lo fue *Valor de la anamnesis asociativa en medicina psicosomática*, publicado en la misma revista.

1. ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE PSICOSOMÁTICA?

Se recortan algunas nociones a partir de las cuales pretendemos entender lo psicossomático:

Psicosomática deriva etimológicamente del griego, siendo un término compuesto, *psiché*: alma y *soma*: cuerpo. El diccionario de la Real Academia Española la define como aquello que “da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario.” (s.p.). En tanto que el diccionario de psicoanálisis de Chemama (1998) puntualiza:

Se dice de fenómenos patológicos orgánicos o funcionales cuando su desencadenamiento y evolución son comprendidos como la respuesta del cuerpo viviente a una situación simbólica crítica pero que no ha sido tratada como tal por el inconsciente del sujeto, lo que los distingue de los síntomas de conversión histéricos, que son, por su parte, formaciones del inconsciente (p.359).

Según Russo (2013b), la psicossomática es la disciplina que intenta una unificación de *psiché* y *soma* a partir de una concepción holística del hombre. Está pensada como un intento de superar los dualismos: sano-enfermo, mente-cuerpo, que siendo actuales, vienen de larga data histórica. “La psicossomática parte de la idea de la existencia de 'causas necesarias pero no suficientes' en tanto, no todo se explica mediante los mismos orígenes, no hay procesos repetibles sino siempre únicos” (p.57).

El psiquiatra, docente y psicólogo español Mira y López (1962) entiende que no hay enfermedades que sean de exclusivo origen orgánico o psíquico, sino que el hombre es radicalmente indivisible y, por lo tanto, individual. Considera que enfermar es un modo de existir donde se producen perturbaciones de diferente orden:

El concepto de enfermedad ha cambiado tan profundamente como el de salud lo que ha dado lugar a una nueva orientación doctrinal de la medicina, pasando ésta del criterio anatomoclínico al psicossomático. ¿En qué consiste, esencialmente, esa modificación? Precisamos saberlo para comprender mejor el actual enfoque de la patología y la terapia del ser humano (p. 14).

En cuanto al origen del término, según Korovsky (1990), Heinroth habría acuñado el término *psicosomática* en 1818, la cual varió a *somatopsíquica* en 1822 desde los desarrollos de Jacobi, volviendo finalmente a ser reintroducida por Deutsch en 1922 como psicossomática pero desde una perspectiva psicoanalítica.

Korovsky (1990) reconoce que el término más enraizado en la actualidad es el de *Medicina Psicossomática*. En un intento de definirla, esboza que “se puede entender la Medicina Psicossomática como el empleo de dos puntos de vista o dos métodos simultáneos, el psicológico y el biológico, para entender un mismo objeto: el individuo humano” (p.20).

Según Korovsky (1990), la psicología psicoanalítica estaría representada por tres escuelas:

(i) la *Escuela de Chicago*, cuyo referente es el psicoanalista Franz Alexander, propone un grupo de *siete grandes enfermedades psicopatológicas*: hipertensión esencial, úlcera gástrica, rinitis alérgica, artritis reumatoidea, colitis ulcerosa, tirotoxicosis y asma. Las mismas estarían originadas por diferentes tipos de conflictos;

(ii) la *Escuela francesa*, según Marty (1992), entiende la psicología como una disciplina en sí misma, distinta tanto de la medicina como del psicoanálisis. Entiende que su campo de acción es plantear las respuestas al debate sobre la unidad del ser humano:

Aborda este problema por medio de la dialéctica de las relaciones que el individuo, en su totalidad psíquica, biológica, histórica y social mantiene consigo mismo y con los otros, por este camino la psicología ofrece una concepción coherente y objetiva de los fenómenos (p.11).

(iii) la *Escuela rioplatense*, a la que pertenece Korovsky (1990), integra la teoría de los afectos, y entiende la enfermedad como un lenguaje que se manifiesta en lo orgánico. Está vinculada a la historia del sujeto, desde un significado particular que lo lleva a enfermar de una manera y no de otra. Algunos de sus representantes son: Garma, Pichón Rivière, Cárcamo y Rancovsky. En Montevideo se destacó la figura del primer psicoanalista uruguayo, Valentín Pérez Pastorini, y también el Dr. Más de Ayala.

2. BREVE REVISIÓN HISTÓRICA DEL DESARROLLO DE LA PSICOSOMÁTICA.

2.1 Su origen en la antigüedad: de Hipócrates a Galeno

Historizar la psicología nos remite a los albores de la cultura occidental, a la historia de la filosofía y la medicina y a la cuestión de los dualismos mente-cuerpo y salud-enfermedad, y a las preguntas: ¿qué es estar sano?, ¿qué es estar enfermo?, ¿cómo enferman los sujetos? Para entender este devenir de lo psicopatológico creemos necesario analizar e ir recortando fragmentos del pasado.

La figura de Hipócrates (460 a. C - 367 a. C.) es fundamental a la hora de realizar un recorrido histórico, dado que es reconocido como el padre de la medicina. Siendo médico de la antigua Grecia, basó sus estudios en el cuerpo y elaboró en lo que se conoce como el *Corpus Hippocraticum*, la *teoría de los humores*. Según esta línea de pensamiento la salud reside en un equilibrio de los humores (sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla) y de sus estados (caliente, frío, seco húmedo). En esencia, el desorden de este equilibrio implicaría la enfermedad, a pesar de lo cual esta causación de la enfermedad mantiene la integridad del sujeto. Desde esta perspectiva no se plantea una división o dicotomía entre las enfermedades del cuerpo y las de la mente, dado que todas provienen del cuerpo. Quizá se pueda establecer esta importante referencia a un componente funcional de un todo, del alma y el cuerpo, funcionando en equilibrio. Las alteraciones del humor, tales como la flema o la bilis, pueden expresarse en lo psíquico a través de terrores, angustias, delirios. Estas alteraciones provendrían tanto del interior como del exterior, por ejemplo de la alimentación (Postel y Quénel, 1987).

Es importante puntualizar la localización física que se le atribuía a las enfermedades, lo cual deriva en que el tratamiento se efectuará exclusivamente sobre los cuerpos. Este sentido de la materialidad física y tangible debe ser entendida con una connotación unicista, dado que incide en los afectos, en la personalidad y en el temperamento.

Las ideas hipocráticas permanecieron vigentes por mucho tiempo, constituyendo a una escuela dogmática, que, como contrapartida, haría surgir una postura opuesta, la de los empiristas. Los mismos rechazaban la búsqueda de la causalidad de las enfermedades considerando, en el *arte de curar*, únicamente la experiencia como válida. De la experiencia personal del médico y de los tratados médicos estudiados dependerá la resolución de nuevos casos. Del enfrentamiento de estas dos posturas, la *dogmática* y la *empirista*, surge la escuela *metodista*, relacionada con la línea filosófica de Epicuro. Planteos de la teoría *atomista* introducen

la idea de partículas, dicho esto el cuerpo sería un montón de partículas en constante movimiento que recorren conductos por los cuales circularán el espíritu y los fluidos del cuerpo. El estado de salud o de enfermedad estaría marcado por esos movimientos de partículas, sus cantidades así como también el buen estado de los conductos por donde pasarían. No se diferenciarán en sí las enfermedades psíquicas de las somáticas, lo único que se distingue es el lugar o sitio donde ocurre el desperfecto mecánico entre partículas, fluidos y conductos (Postel y Quétel, 1987),

Galeno (130 d. C), según Postel y Quétel (1987), retoma y reformula la teoría de los humores hipocráticos, como fundamento de su teorización sobre los temperamentos (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico). Incorpora la influencia de los afectos y del dominio de las pasiones, añadiendo que las enfermedades del alma afectan esencialmente a la sensibilidad y la inteligencia.

En relación a lo anterior, basados en ElleMBERGER (1976), señalamos la importancia que el curandero primitivo, el *medicine man*, tenía en la vida pública de las poblaciones primitivas. En esta línea sitúa la cura filosófica, a la que denomina específicamente *psicoterapia filosófica*, en relación al método de Galeno de dominio de las pasiones, cuyos métodos eran individuales. Las técnicas de dicha cura se basan en enseñanzas tanto filosóficas como religiosas. El control de la conducta ocupaba las ideas de Galeno, según éste los romanos y griegos eran víctimas plausibles de perder el control de sus impulsos derivando en crisis de conductas que traía consecuencias, muchas veces, sobre los esclavos pasivos. Es aquí donde se observa que comienza a cobrar importancia para los filósofos y moralistas de la época el control de las propias pasiones (ElleMBERGER, 1976).

2.2 Edad media: razón y fe (S. V a XV)

La Edad Media se habría caracterizado por la influencia del poder eclesiástico y la rigurosidad del pensamiento a partir de verdades incuestionables. La curación religiosa era atravesada por los votos, las oraciones y la confesión, siendo estas prácticas de carácter relevante en la vida de las personas. La confesión particularmente estaba ligada a un secreto, que lo vinculaba con el sacerdote. Dicha práctica fue de gran influencia en el desarrollo de los nuevos saberes subjetivos. Los sacerdotes plasmaron estos saberes en libros de Teología Moral, siendo un ejemplo las *Confesiones* de San Agustín (ElleMBERGER, 1976).

San Agustín pone énfasis en que la razón debía ser iluminada por la fe. Otra referencia relevante es Santo Tomás de Aquino, que hacia el final del siglo XIII

manifestaba la imposibilidad de concebir materia sin forma, pero sí la posibilidad de concebir forma sin materia, justificando así la existencia de Dios.

En este momento de la historia el binomio salud - enfermedad coloca a las enfermedades del cuerpo como *naturales* y a las enfermedades del alma como *sobrenaturales*. Estas últimas entraban en el ámbito de la posesión demoníaca. (Russo, 2013a).

2.3 Tiempos *modernos* (S. XV y XVI)

Con el advenimiento de importantes cambios políticos y socio-culturales, se abrió paso la Modernidad. Se produce en esta etapa la crisis de la Iglesia Católica y surge el Protestantismo y la Reforma Religiosa. Es clave en estos momentos la separación de ciencia y fe. Se asistió en esta época a nuevas formas de ver el mundo y de repensar las ideas medievales. Posteriormente, el Renacimiento renovó la forma de concebir al hombre y el conocimiento, generando aportes novedosos desde el arte, la filosofía y las ciencias. Cobró relevancia la evidencia empírica a la hora de producir conocimientos.

Dando continuidad a las discusiones históricas que nos convocan sobre la relación histórica alma y cuerpo, una figura importante del pensamiento de la época es René Descartes (1596 - 1650). Este filósofo francés fue de gran influencia para el pensamiento científicista, a partir de su propuesta de un método analítico deductivo. De la duda como método para acceder al conocimiento surge la certeza del *cogito*: “yo pienso, luego soy” (Descartes, 2010, p. 60). Lo único de lo que no se podía dudar era de la existencia misma. Además de filósofo, Descartes era físico por lo que podríamos pensar que distinguió entre una metafísica abocada a los problemas del alma y una física orientada a lo material. Establece aquí una especie de marca en la historia a través de su fe en la certeza única de la ciencia. Según el dualismo cartesiano, somos seres humanos habitados por un alma de carácter racional, conectada al cuerpo por la glándula pineal. El concepto de cuerpo no incluye a la mente ni ésta incluye al cuerpo. (Russo, 2013a).

Este momento de la historia, invita a detenerse y pensar en este quiebre que introduce Descartes. Se podría pensar este momento como el de una especie de *nudo* que se ata, y que las epistemologías venideras propondrán desatar. Esta separación es clave, atravesando de aquí en más la historia y las concepciones de salud y enfermedad, hasta nuestros días. No podemos pasar por alto que ni tan siquiera Descartes entendía bien cómo se conectaban alma y cuerpo. Según Russo (2013a) “Descartes dirá que excede nuestra capacidad comprender cómo están unidos mente

y cuerpo, pues no sabemos cómo ese cuerpo espacial se ve afectado por la mente” (p.44).

López Piñero, (2002) refiere a las pasiones ubicadas en un entremedio de los dos polos del dualismo cartesiano, espacio donde confluyen los fenómenos del cuerpo y del alma, y donde se desplegará a futuro la disciplina de la psicósomática, *en ese entre*.

Basándonos en esta evolución de ideas que desde los *humores* nos trae a las *pasiones* ¿dónde las ubicamos?, ¿cómo fenómenos físicos, o como fenómenos de la mente? Desde los aportes de López Piñero (2002), se puede inferir que en ese espacio de confluencia se encontraría la noción de una psicósomática. Pensada así, la pasión en el plano de la emoción, si no se regula provocaría la enfermedad del cuerpo, la pérdida de la razón, por ende la locura.

Los planteos de Descartes se extenderán en el tiempo, y este nudo que planteamos fue también denominado por el filósofo G. Vesey, “el punto muerto cartesiano” (Vesey, apud Russo 2013a). El dilema instalado de la escisión del hombre será retomado de aquí en más en busca de lo que llamaremos el *anhelo de la integración*.

Los planteos de Descartes siguen interpelando a los autores contemporáneos. Cabría preguntar ¿por qué aún seguimos escribiendo y pensando en términos de estos dualismos? Tanto desde la práctica profesional como desde la epistemología, la investigación sigue intentando producir praxis y conocimiento en torno a los pares salud - enfermedad, cuerpo-mente. Somos interpelados desde nuestro rol profesional a una postura ética y a la vez epistémica.

En nuestro intento de producir conocimiento a partir de este breve trabajo, proponemos el análisis de los diferentes discursos, en diferentes épocas, con el sobreentendido de que no podría nunca abarcar toda la problemática, en relación a las referidas dicotomías, y todos los pensadores implicados. Más bien, intentaremos ofrecer una mirada crítica.

Russo (2013a) señala tres líneas de pensamiento respecto a la dicotomía que atañe principalmente a la psicología y las diferentes respuestas que se brindan frente a la cuestión del dualismo mente - cuerpo. Las mismas pueden ser *metafísicas* y *filosóficas*, pueden basarse en el sistema nervioso central y derivar en *neurofisiología* y *psicología experimental* o se puede tomar el camino de la *psiquiatría dinámica*.

2.4 Integricionismo y psiquiatría dinámica (S XVI y XVII)

Los aportes de la psiquiatría dinámica son interesantes a la hora de problematizar la construcción de la psicósomática. Elleberger (1976) establece los inicios de la psiquiatría dinámica a fines del siglo XVI y durante el siglo XVII. En este período de tiempo la ciencia moderna se caracteriza por ser una única ciencia, con algunas ramas singulares, que toma como método la observación, la deducción y la experimentación para validar el conocimiento. Así, a futuro, la medicina devino en una rama de la ciencia; la psiquiatría en una rama de la medicina y la psicoterapia en una herramienta que aplicaban los psiquiatras, fundamentada científicamente. A consecuencia de esto, la cura primitiva, al no ser no considerada científica, fue desestimada, sin validez y rechazada por la nueva medicina.

Enfocaremos ahora los desarrollos de la psiquiatría dinámica a partir de Mesmer (1734 - 1815), Puységur (1751 - 1825) y Pinel (1745 - 1826).

Las primeras concepciones se pueden entender como *unicistas*, señalando el hecho que, en este momento de la historia, las enfermedades mentales cargaban con vestigios de influencias del discurso religioso. Al *loco* de la época se lo exorcizaba, a modo de *tratamiento* para extraerle el demonio, causante de su enfermedad. Estos procedimientos, muy populares entonces, eran llevados a cabo, por ejemplo, por el padre Gassner, apoyado por el poder eclesiástico:

La aparición de la psiquiatría dinámica se puede datar en 1775, en un choque entre el médico Mesmer y el exorcista Gassner. Gassner, un curandero con enorme éxito y popularidad, personificaba las fuerzas de la tradición. Dominaba una vieja técnica que aplicaba en nombre de la religión establecida, pero el espíritu de los tiempos estaba en su contra. Mesmer, hijo de la Ilustración, tenía ideas nuevas, nuevas técnicas y grandes esperanzas en el futuro. Cooperó en la derrota de Gassner y pensó que el momento era propicio para la aparición de la revolución científica que tenía en el pensamiento (Elleberger, 1976, p.74).

Franz Anton Mesmer, con formación en medicina, propuso un nuevo método al que hacía llamar *magnetismo animal*, que implicaba, en sus inicios, que el paciente bebiera un líquido compuesto por cantidades de hierro, para ser luego tratado mediante imanes o "magnetizado". Según este médico, había un *fluido* que se movía por el cuerpo acumulándose en ciertos lugares causando afecciones y diferentes padecimientos, siendo que mediante estas prácticas o aplicaciones se llegaba a la cura. Resulta interesante cómo se ponía en práctica dicho tratamiento. El médico se sentaba frente al paciente rozando rodilla con rodilla, tomaba a este con sus manos desde los pulgares y transmitía lo que él decía poseer en su ser..

Dicha escena se parece a la clínica actual en algunos puntos: un "sujeto supuesto al saber" (Lacan, 2017/1964) ocupa un lugar indiscutido, pudiendo ser la figura del médico o del analista hoy; un sujeto que sufre primeramente ingresa a una relación de carácter transferencial, a través de un método. Se produce una acción terapéutica con efectos de cura o alivio de quien sufre. Las narrativas de sufrimiento se van transformando con el tiempo al igual que las terapéuticas que las abordan.

Lo anterior resulta clave y revelador para entender el por qué Mesmer es considerado como un antecedente importante de lo que sería más adelante la psiquiatría dinámica, como subdisciplina específica de la medicina, en plena evolución.

Mesmer llevó su método por varios lugares del mundo, como París y Alemania, y uno de sus objetivos era ser validado por la ciencia y que la medicina lo adoptara. Sin embargo, fracasó en su intento. Si bien muchos científicos reconocieron sus efectos terapéuticos, estos fueron adjudicados a la imaginación. Cuestionado el descubrimiento de Mesmer por el método experimental, ya no se ponía en cuestión si curaba o no a los pacientes sino el hecho de no poder probar empíricamente la existencia y descubrimiento de un nuevo fluido magnético.

A Mesmer le siguió su discípulo, el marqués de Puysegur, quien continuó los desarrollos de éste re direccionándolos a lo que llamó el *sueño magnético*, una especie de *sonambulismo artificial* que provocaba en los pacientes un estado de trance. Al tocarlos con su varilla de hierro se producía una *crisis perfecta*, como él la llamaba. Entonces los pacientes eran magnetizados, siguiendo las órdenes indicadas y cuando despertaban no recordaban lo sucedido. En síntesis, se consideraron estas prácticas como los primeros precedentes registrados de lo que más tarde sería la hipnosis (Ellemerger, 1976).

Por último, pero no menos importante, en relación a los comienzos de una psiquiatría dinámica se debe destacar la figura del psiquiatra Phillipe Pinel (1745 - 1826), reconocido por interesarse y proponer el trato más humanizado de los enfermos mentales o alienados en esa época. Fue pionero de una medicina mental, contribuyendo a lo que se llamó liberar al loco de las cadenas, mediante el tratamiento denominado *terapia moral*. Es un exponente de un tipo de atención psicoterapéutica médico- psiquiátrica, que se basaba en el restablecimiento de la razón, haciendo que el paciente razone acerca de las causas de su enfermedad, para retornar por ese medio a su estado de lucidez (Stagnaro, 2015).

Llegados a este punto ya podemos hablar de una psiquiatría dinámica que se establece en relación a aspiraciones científicas, produciéndose una continuidad

desde el magnetismo, el sueño magnético y el sonambulismo. Destaca aquí la figura de James Braid (1785-1860), médico y cirujano quien llevaba a cabo sesiones de sueño nervioso denominado *hipnotismo*, derivando en un estado de amnesia al despertar. El alivio de dolencias y la curación de la enfermedad eran el producto de estas sesiones, Observó además que el sometimiento de los pacientes en este estado era tal que se podía influir en ellos con ideas dominantes, dado que su juicio y voluntad permanecían oscurecidos, pudiendo llevar su imaginación hasta el punto donde vean, sientan y actúen como si todo lo que sucede en ésta fuera real (López Piñero, 2002).

Es importante señalar como la sugestión y el sometimiento pueden ser pensadas en conexión con lo que luego se conoció como *hipnosis*, método introducido por el neurólogo Jean Martín Charcot (1825 - 1893) de la escuela de Salpetriere.

El estudio de la histeria por parte de Charcot, en la Salpetriere, es clave para continuar puntualizando ideas en relación a las causas físicas y psíquicas de las patologías. Russo (2013a) observa que si bien la hipnosis producía mejoras en los estados de las pacientes histéricas, los síntomas existirían pese a la ausencia de perturbación a nivel estructural y cerebral.

López Piñero (2002) añade que Charcot propone la hipnosis como una mina que deberá aprovechar el fisiólogo, el psicólogo y el médico. El autor expone además que tanto Charcot como sus discípulos, hasta llegado el año 1893, intentaron salvaguardar el criterio fisiológico, morfológico y localista pese a no observar lesiones a nivel anatómico de los “grandes ataques histéricos” (p.59), pudiendo presentar convulsiones, contorneos y movimientos pasionales derivando en delirios y alucinaciones, eran estos ataques denominados “lesión dinámica” (p.59).

Lo anterior nos coloca en el espacio de lo psicosomático. Parecería ser que cuando las conceptualizaciones no se anclaban solamente en lo físico, pero tampoco en lo psíquico, eran pensadas en este plano *dinámico* que caracterizaría también a la psiquiatría en estos momentos ¿Lo dinámico puede ser considerado como antecedente de lo psicosomático? En la histeria se presentan alteraciones somáticas, tales como la parálisis de miembros, sin ningún correlato a nivel fisiológico. Posteriormente el estudio de las neurosis, realizado por Freud, va a implicar un desafío para la época convocando a todas las corrientes de pensamiento a nivel mundial, no escapando a esta problemática el Uruguay, lo cual abordaremos en el último capítulo.

La cita de Korovsky (1990) resume y sintetiza esta idea de *integralidad* que ha devenido en esta historización:

Cuando la medicina se hizo científica, dejó en manos de la religión, de la magia y de los curanderos todo lo referente al alma y los médicos pasaron a ser “físicos”. Recién con Freud se inaugura la posibilidad de recuperar para la ciencia el ámbito de lo “psíquico”, y con ello la medicina puede volver a una concepción más integral e integrada del hombre (pp. 18-19).

No podemos dejar de insistir en la influencia de Freud (1856 - 1938) y el psicoanálisis a inicios del siglo XX, especialmente con sus estudios sobre la histeria ligada a la práctica clínica. Su colaboración con Charcot en referencia a la hipnosis y la sugestión y sus contactos con Breuer, enriquecieron el estudio de la histeria. Mediante la utilización del método catártico, la sugestión y la hipnosis comenzaron los tratamientos de pacientes, para posteriormente transformarse en el método psicoanalítico, emergente de su experiencia clínica.

Los postulados freudianos resultan entonces un quiebre fundamental para concebir y repensar las concepciones de salud y enfermedad, entendiendo que la teoría psicoanalítica hizo luz sobre la comprensión del ser humano, y el descubrimiento del inconsciente nos movió del mecanicismo duro hacia la integración biológica, psíquica y ambiental del sufrimiento del ser.

3. CONSIDERACIONES EPISTEMOLÓGICAS ACERCA DE LA PSICOSOMÁTICA: APUNTES PARA UN DEBATE

La concepción de un sujeto holístico, integral y dinámico representado por la psicología puede ponerse en diálogo o debate con las diferentes posturas frente a los dualismos: mente-cuerpo, sano-enfermo y normal-patológico. Del mismo modo, se discutirá lo referente a la psicología pensada a partir de ese intrincamiento epistemológico que puede entenderse como una especie de nudo que ata a la medicina, pero principalmente al psicoanálisis.

Marty, de M'Uzan y David (2013), cuando escriben acerca de las críticas a la investigación psicología, abordan su complejidad y señalan sus impases:

Siempre que nos quedemos al nivel de la experiencia bruta y de su comunicación espontánea, la utilización del vocablo "psicología" produce un acuerdo tácito. ¿No es cierto que para cada uno de nosotros designa una realidad cuya originalidad se impone pero que al mismo tiempo va acompañado por una imprecisión en sus límites y por la incertidumbre de su estructura? (p.13).

Se desprende entonces lo complejo del abordaje de un posible intento de delimitación del marco epistemológico de la psicología per se, partiendo de que puede entenderse ésta como producto de un entrecruzamiento teórico-epistemológico atravesado por varios saberes y disciplinas, tales como la medicina y el psicoanálisis. La psicología muestra originalidad, pero al ser puesta en cuestión, parece flaquear en términos epistemológicos, reflejando imprecisiones o ambivalencias.

Los referidos autores continúan desarrollando estas líneas:

En lo que concierne a la Medicina, en primer lugar, ha dado como resultado una nueva orientación de espíritu, y después a la constitución progresiva de una disciplina original y fundamental, la "Psicología" de la que no se puede prever aún todo su desarrollo ni todo su alcance. (...) Dicha disciplina (...) se singulariza por la introducción revolucionaria del concepto del Inconsciente (Marty, M'Uzan y David, 2013, p.37).

A partir de estas ideas se puede sostener que la psicología se establecería como disciplina de la mano de la Medicina. El abordaje de las enfermedades desde este posicionamiento y su constitución epistemológica parecerían continuar en desarrollo. Luego, la teoría del inconsciente de Freud la complejizaría aún más, en una posible definición de objeto de estudio.

A partir de allí se podría intentar comprender la tentativa de los psicólogos de crear algo nuevo, una disciplina propia. Pero, ¿se puede delimitar un objeto de estudio legítimo efectuando una reducción a lo *psíquico* o a lo *somático*, a través de una pelea desgastante por la causa etiológica de la enfermedad? ¿No habría que

postular un tercer nivel de principios? ¿Hasta qué punto es realmente consistente esta idea de abolir los dualismos y superar las dicotomías? El movimiento dialéctico que genera el pensamiento al intentar solucionar un problema abre líneas de fuga, donde parecen generarse otros problemas. Se observa aquí que el intento de solución que ofrece la psicosomática para entender la enfermedad también puede ser criticada y colocada en debate.

3.1 Normal-patológico, sano-enfermo: rupturas epistemológicas

De Cristóforis (2006) plantea que seguimos atravesados por el paradigma positivista y las premisas que nos inculcó la modernidad, que supone la búsqueda de la causa cuando pensamos un fenómeno determinado. Las disciplinas continuarían abordando la enfermedad humana basadas en principios deterministas; se intenta incorporar la corriente de pensamiento del *paradigma emergente*, pero esta tarea a veces no trasciende los enunciados, persistiendo la pregnancia de la discusión entre psicogénesis y somatogénesis, así como la relación causa-efecto (p11).

Son pertinentes los aportes que desde el positivismo Comte introduce en relación a cierta concepción de la científicidad. En el pensamiento de Comte, el interés se orienta de lo patológico hacia lo normal, con el fin de determinar especulativamente las leyes de lo normal, puesto que la enfermedad se muestra digna de estudios sistemáticos como sustituto de una experimentación biológica a menudo impracticable, especialmente en el hombre. La identidad de lo normal y de lo patológico es afirmada para beneficio del conocimiento de lo normal (Canguilhem 1971). Se entiende, a partir de sus planteos, que la enfermedad resultaba ser la irrupción de lo normal a nivel fisiológico y tisular. A ese desorden o desequilibrio en los tejidos, se le atribuía el valor de lo patológico. Si partimos de que el positivismo tomará como válido aquello demostrable a través de la experiencia, lo patológico entonces se define por defecto y alteración de lo normal. Pero la frontera y relación entre estos dos términos es tan difusa como compleja de situar.

Canguilhem (1971) expresa que existe una confusión inicial etimológica entre los términos anomalía y anormal que los hizo devenir próximos. Anomalía proviene del griego *anomalía* que etimológicamente significa *an-omalos*, es decir desigual, irregular o rugoso, como por ejemplo lo podrá ser un terreno. El autor ubica el origen de este error en un reconocido diccionario de medicina, *El Dictionnaire de médecine de Littré y Robin*, donde en vez de utilizar el vocablo *omalos* es utilizado *nomos* que significa ley

o norma, descomponiéndose en *a-nomos*. Lo anterior deriva en que *nomos* (del griego) y *norma* (del latín) obtienen un sentido cercano y confuso. El autor aclara entonces:

(...) con todo rigor semántico, anomalía designa un hecho, es un término descriptivo, mientras que anormal implica la referencia a un valor, es un término apreciativo, normativo; pero el intercambio de buenos procedimientos gramaticales ha provocado una colusión entre los respectivos sentidos de anomalía y anormal. Anormal se ha convertido en un concepto descriptivo, y anomalía se ha convertido en un concepto normativo (p.97).

Cuando se habla de anomalía no se piensa en lo distinto, en lo diverso sino que se lo toma como deformidades perjudiciales o incompatibles con la vida normativa del sujeto. A este respecto Canguilhem (1971) refiere que:

La anomalía es aquel hecho de variación individual que impide que dos seres puedan reemplazarse mutuamente de manera completa. En el orden biológico, ilustra el principio leibniziano de los indiscernibles. Pero la diversidad no es la enfermedad. Lo anómalo no es lo patológico. Patológico implica pathos, sentimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada. Pero lo patológico es por cierto lo anormal. Rabaudi distingue entre anormal y enfermo porque —de acuerdo con el uso reciente e incorrecto— convierte a "anormal" en el adjetivo de "anomalía", y en tal sentido habla de "anormales enfermos" (p.101).

Desde la perspectiva positivista es clave entender que lo anormal será aquello que se escapa a lo normativo, en este plano podemos pensar por ejemplo las patologías no diagnosticables a través de la medicina. Entonces, lo patológico pasa a ser lo anormal. Es el positivismo quien oficia de puerta de entrada a la nosografía de las enfermedades, y con ello se hace necesario el *encasillamiento* de cada cual con su cada quien patológico. Estas concepciones serán determinantes a la hora de definir las terapéuticas. A partir de ese momento la medicina se centrará en la búsqueda de los signos de las patologías, obviando el aspecto psicológico. Se desprende así que la terapéutica como práctica, pasará a estar cada vez más sometida a la teoría científica.

Tal como hemos desarrollado se denota la preocupación, desde la antigüedad hasta nuestros días, por determinar la *causa* de las alteraciones de la salud. Al respecto hemos pasado por fluidos, dioses, demonios, razón, moral. En el camino hemos visto la *unicausalidad*, tanto somática como psíquica, de las enfermedades, y como contrapartida la *multicausalidad* de las mismas.

En cuanto al cambio conceptual y paradigmático en torno a la salud y la enfermedad que intentamos esbozar aquí, Vergara (2007) expone que:

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se empieza a observar un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vio abocada a cambiar de la unicausalidad hacia la multicausalidad (p.45).

La evolución de estas nociones tiene como posible deriva un sistema de valores aplicables para la vida donde la *salud* incluya el componente social, afectivo, emocional y relacional. Para Vergara (2007) la conceptualización de la OMS en la primera mitad del siglo XX comprendía esta “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.43). En esta misma línea Richard Londoño et al. (2008) afirman que “El concepto de lo psicosomático se hace redundante cuando se revisan los conceptos de salud y enfermedad, retomados por el modelo biopsicosocial, en el cual es claro que existen distinciones, más no disyunciones entre lo orgánico y lo mental” (p.144). Desde esta concepción no podemos hablar de salud física por un lado ni de salud psíquica por el otro ya que el término nuclea a las dos realidades.

Pero como bien se sabe existían y existen patologías que escapan al cientificismo médico. Son entonces los psiquiatras quienes reciben a este tipo de enfermos. Enfermos y enfermedades no eran posibles de curar desde esta perspectiva mecanicista de la medicina. A partir de la psiquiatría dinámica y las ideas psicoanalíticas surge un horizonte de posibilidad de introducir variaciones y nuevos planteos en este complejo juego de causa e influencias. ¿Se llegará entonces a "integrar" lo psíquico y lo somático, tal como propone la psicosomática?

Reviste interés, desde el punto de vista epistemológico en relación al proceso de enfermar, el incluir los aspectos psicológicos y somáticos, dada la dificultad de resolver la interacción entre estos aspectos. Tal como plantean los autores que venimos trabajando, fijar normas en torno a la relación mente-cuerpo puede llevar a reduccionismos, ya sea de orden materialistas, individualistas o espiritualistas, etc. A este respecto, los autores plantean:

Esto es importante porque no por el hecho de fusionar dos o más conceptos se logran nuevos modos de comprensión necesarios para entender, en este caso, las relaciones recursivas que se hacen presentes entre los procesos mentales y los procesos físicos en el transcurso de la enfermedad (Richard Londoño, et al., 2008, p. 140).

La concepción cartesiana de *res extensa* sustenta la producción de conocimiento tanto en la medicina como en la psicología. El dualismo define una racionalidad causalista donde la enfermedad está determinada de forma lineal. Hay grandes matices a la hora de pensar estos abordaje, como por ejemplo el formulado por Spinoza quien “propone, en oposición a Descartes, una teoría del aspecto dual, según la cual la mente y el cuerpo son aspectos distintos de la misma sustancia” (Richard Londoño et al., 2008, p. 139). Es decir, lo físico produce lo físico y lo psíquico produce lo psíquico. Por otro lado Leibniz aborda este dualismo mente y cuerpo considerando que ambos funcionan de manera independiente pero paralela anulando

así una relación de causalidad. Se propone, entonces, pensar la medicina psicosomática como respuesta de la medicina al viejo dualismo mente-cuerpo, así como las implicaciones epistemológicas que se intrincan en lo psicosomático. Si bien estos autores alertan del riesgo del afán holístico de la psicosomática que derive en una meta categoría inespecífica e indefinida.

3.2 El ideal de holismo, ¿un artificio del lenguaje?: los aportes de Foucault

Foucault (1984) enriquece el debate al introducir una postura crítica hacia el ideal de holismo, y siguiendo sus razonamientos puede llegarse a la conclusión de que lo psicosomático recurre a un artificio del lenguaje para su constitución. En su abordaje de la enfermedad y la personalidad pone en debate una discusión trascendental para este trabajo: la causalidad psíquica o la causalidad física:

Nosotros queremos demostrar por el contrario, que la patología mental exige métodos de análisis diferentes de los de la patología orgánica y que solo mediante un artificio del lenguaje podemos prestarle la misma significación a las “enfermedades del cuerpo” y a las “enfermedades del espíritu”. Una patología unitaria que utilizará los mismos métodos y los mismos conceptos en el dominio psicológico y en el fisiológico entra actualmente en la categoría del mito, si bien la unidad del cuerpo y del espíritu está dentro de lo real (p 19).

La clave parecería estar en reconocer esta adjudicación del mismo sentido a los conceptos de enfermedad, síntoma y etiología tanto cuando se trata las enfermedades mentales como las orgánicas. Cuestiona el principio de totalidad que la psicosomática propone en tanto que:

Si ha habido, pues paralelismo entre la patología mental y la patología orgánica no es solo en función de cierta idea de la unidad humana y del paralelismo psico-fisiológico, sino también por la presencia en ambas de esos dos postulados concernientes a la naturaleza de la enfermedad. Si definimos la enfermedad mental con los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica, si aislamos y si reunimos los síntomas psicológicos del mismo modo que los síntomas fisiológicos, es ante todo porque consideramos la enfermedad mental u orgánica como esencia natural manifestada en síntomas específicos. Entre estas dos formas de patología no hay pues unidad real, sino solo un paralelismo abstracto logrado por intermedio de esos dos postulados. Por lo tanto, el problema de la unidad humana y de la totalidad psicosomática permanece completamente abierto (Foucault, 1984, pp. 15-16).

Al enfrentar el límite de la medicina mental y medicina orgánica la propuesta de un *holismo* aporta *una idea de unidad y aparente solución de problemas* que, para Foucault, no es más que una *euforia conceptual* que no aporta rigor científico.

Partiendo de estas ideas emergen una serie de cuestionamientos que no podemos dejar pasar por alto. ¿Pudo la medicina psicosomática, en algún momento, construir su propio objeto de estudio? ¿Podríamos pensarla como un artificio del lenguaje? Parecería ser un esfuerzo por darle un nombre, una nomenclatura que dote

de sentido esta *idealización integracionista*, que haga las veces de depositaria de esta relación de lo mental y lo orgánico que, hasta el día de hoy, no se conoce a ciencia cierta cómo funciona. ¿Se puede (o no) pensar en una psicología aislada de la medicina y el psicoanálisis?, o de lo contrario, ¿podría entenderse este intento de separarse, como un fracaso de dicha disciplina? Estas interrogantes surgen a la luz del abordaje epistemológico de la psicología y aportan en la problematización de estas tensiones.

4. EL APOORTE DEL PSICOANÁLISIS A LA PROBLEMÁTICA DE LA PSICOSOMÁTICA

La pregunta que abre este capítulo es: *¿por qué la psicopatología deviene en psicoanalítica?* Analizaremos algunas posturas de encuentro y desencuentro en el vínculo de la psicopatología y el psicoanálisis, no sin antes mencionar la confusión que puede implicar estudiar la psicopatología e intentar definir qué es. Esta apreciación surge de recoger, en la literatura especializada, las variadas formas en las que los autores hacen alusión a esta noción, demarcando una imprecisión y variabilidad interesante de pensar: disciplina, campo, síntoma, fenómenos, espacio, hasta *lo psicopatológico*. Anteriormente se trató de historizar su origen, al parecer, como respuesta al problema --tan viejo como el hombre-- del dualismo mente-cuerpo, y comprender cómo ésta se fue imbricando en los discursos, hasta alcanzar la época presente. Existe así una marcada orientación de la disciplina psicopatológica: *va a buscar sus propios principios en las disciplinas ya constituidas*. Las mismas son las ciencias del soma, de la materialidad orgánica (medicina, anatomía), y las ciencias de la psique (psicología, psiquiatría dinámica, psicoanálisis).

Por más que solo el término ya convoca la discusión (psique-soma, ya planteada anteriormente), nos hemos propuesto, a lo largo de este trabajo, observar la convergencia que presupone, intrincada con varias disciplinas, pero ahora nos enfocaremos principalmente en el psicoanálisis. La razón podría estar relacionada al hecho de que quienes teorizan acerca de dicha disciplina, por lo general, son médicos con formación posterior en psicoanálisis. Lo híbrido disciplinar no deja de hacerse presente en estas formulaciones, ya que, desde la formación profesional del clínico, se da un entrecruzamiento epistemológico. Aquellos médicos que derivan hacia "lo psicopatológico" parten y nutren su práctica de Freud y el psicoanálisis. Esto ya da la pauta de por qué hoy en día es muy común la denominación "psicopatología psicoanalítica".

Tal como fue referido, Korovsky (1990) entiende que el psicoanálisis, de cierta forma, apunta a la psicopatología y propone desde la Escuela Rioplatense seguir estrictamente a Freud, en tanto el psicoanálisis busca más allá de las causas de la enfermedad, intentando comprender sentidos, *permitiendo tratar a la totalidad de la persona mediante una técnica psicológica*. Esto coincide con la perspectiva de la Escuela de Paris, según la cual, también, la psicopatología nace como disciplina a partir de la Medicina, pero también se nutre de la teoría psicoanalítica. "Dicha disciplina, como hemos subrayado con frecuencia, pertenece a la tradición hipocrática

pero se singulariza por la introducción revolucionaria del concepto del Inconsciente” (Marty, de M'Uzan y David, 2013, p.37).

En cuanto a la causación del enfermar, Otero y Rodado (2004) entienden que la utilización de las ideas freudianas por parte de la psicopatología atienden al advenimiento de la obra de Freud, cobrando importancia los factores biográficos del paciente y, por consiguiente, los factores psicológicos son ubicados en la categoría de etiopatogénicos con respecto al enfermar.

Freud (1992/1985) distinguió entre las *psiconeurosis de defensa* (histeria, obsesión, fobia) y las llamadas *neurosis actuales* (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría), abordándolas como tipos de neurosis con etiología y patogenia diferentes. En tanto las manifestaciones a nivel corporal de las psiconeurosis corresponderían a mecanismos de conversión de tipo histérico, *las neurosis actuales se ubicarían más cercanas a la problemática psicopatológica*. Se entiende que, si bien es sabido que Freud no teorizó a ciencia cierta sobre psicopatología, propiamente, fue un claro inspirador para la disciplina, al proponer este juego de influencia de los factores psíquicos en lo biológico, y la importancia de los afectos en este inter-juego, más precisamente en la formación de síntomas somáticos (Otero y Rodado, 2004). Para solventar lo anterior, los autores parten de la tesis de Lain Entralgo (1950) quien explica que la medicina psicopatológica siempre existió, pero fue gracias a la obra de Freud que la patología de Occidente comenzó a ser antropológica: “Así clínica como patológicamente, el enfermo ha llegado a ser considerado como persona” (p. 130).

Se hace necesario aquí especificar qué se entiende por *conversión*, dado que los autores que teorizan acerca de la psicopatología traen a menudo este concepto. Para ello recurrimos al diccionario de Laplanche y Pontalis (1979):

Consiste en una transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores (por ejemplo, parálisis) o sensitivos (por ejemplo, anestias o dolores localizados). La palabra conversión corresponde en Freud a una concepción económica: la libido desligada de la representación reprimida se transforma en energía de inervación. Pero lo que caracteriza los síntomas de conversión es su significación simbólica: tales síntomas expresan, a través del cuerpo, representaciones reprimidas. El término «conversión» fue introducido por Freud en psicopatología para designar este «salto de lo psíquico a la inervación somática», que él mismo consideraba difícil de concebir. Esta idea, nueva a finales del siglo XIX, adquirió, como es sabido, una gran difusión, especialmente con el desarrollo de las investigaciones psicopatológicas (p. 84).

Resalta en esta definición la significación simbólica del fenómeno conversivo. Eso que no emerge a causa de la represión *salta* a lo somático como síntoma. Freud también diferenció los síntomas histéricos que serían netamente conversivos de los síntomas somáticos de las neurosis actuales, que serían de otro orden. Finalmente Freud arriba a una diferenciación clara entre el síntoma conversivo, donde el conflicto

psíquico se resuelve en el cuerpo, y la base de las neurosis actuales, donde el monto de angustia no logra ser tramitada ni organizada por el aparato psíquico. Esta sobreexcitación que sobrepasa la capacidad de elaboración psíquica, es descargada en el cuerpo como síntoma somático. Según Freud:

Si se considera el mecanismo de las dos neurosis, (...) se dilucidan unos puntos de vista que hacen aparecer a la neurosis de angustia directamente como el correspondiente somático de la histeria. Aquí como allí, acumulación de excitación (en lo cual quizá tenga su fundamento la ya descrita semejanza entre los síntomas); aquí como allí, una insuficiencia psíquica a consecuencia de la cual se producen unos procesos somáticos anormales. Aquí como allí, en vez de un procesamiento psíquico interviene una desviación de la excitación hacia lo somático; la diferencia reside meramente en que la excitación en cuyo desplazamiento (descentramiento) se exterioriza la neurosis es puramente somática en la neurosis de angustia (la excitación sexual somática) mientras que en la histeria es psíquica (provocada por un conflicto) (1991a/1895, p. 114).

Tomando los aportes del psicoanálisis como teoría explicativa, Otero y Rodado (2004) expresan que en la actualidad existen dos enfoques para pensar o interpretar lo psicósomático y la psicósomática:

- (i) aquel que establece continuidad entre los fenómenos somáticos, formando parte del universo simbólico y expresándose a través del cuerpo en forma de mensajes corporales o lenguaje del cuerpo. (este enfoque sería defendido por seguidores del pensamiento kleiniano, que entienden el fenómeno somático, tanto funcional como lesional, mediante la idea de conversión histérica.);
- (ii) un segundo enfoque fundamenta la diferencia entre lo conversivo y lo psicósomático en que "la sintomatología conversiva tiene detrás el sostén simbólico siendo una forma de expresión más evolucionada de una conflictiva psíquica", mientras que en la patología psicósomática "ese contenido simbólico estaría ausente y lo que predomina sería una psicodinámica vacía, deslibidinizada y sin sentido" (Otero y Rodado, 2004, s/p).

La Escuela de Chicago fue la primera en apartarse del problema histórico conversivo, tratando de centrarse en las alteraciones de orden vegetativo, las siete enfermedades antes mencionadas, describiéndolas como verdaderas enfermedades psicósomáticas, asociadas a una sucesión de perfiles de personalidad y específicos conflictos psicológicos.

En cuanto al abordaje terapéutico caben unos someros señalamientos. Será Deutsch, perteneciente a la Escuela de Chicago, quien en 1939 introduce la llamada *anamnesis asociativa*. Esta técnica de entrevista parecería ser de carácter investigativo, ya que quien la lleva a cabo es denominado *investigador*, y se basa en la asociación libre de ideas. El investigador no se manifiesta más que para repetir

algunas expresiones del paciente: “propone a este último una presencia despojada al máximo de su alteridad objetal” (Marty, de M'Uzan y David 2013, p.29). El objetivo sería revelar el vínculo entre el conflicto y el síntoma, buscando obtener la ligadura entre lo neurótico y lo somático.²

La escuela de París también realizó la separación radical entre el fenómeno conversivo y el psicossomático, entendido como dos tipos de patologías con una estructuración completamente diferente. Ubicando así lo conversivo dentro del registro neurótico y lo psicossomático en mayor proximidad a la psicosis que a la neurosis. Intentan elaborar una teoría acerca de la existencia de una organización psicossomática, planteando que en los pacientes psicossomáticos se presentan un conjunto de características usuales que conforman lo que llaman *estructura de personalidad psicossomática*. Los autores parten de los referentes de esta escuela y exponen:

Tanto Marty como M'Uzan y David mantienen el supuesto básico de que los sucesos y situaciones que se nos presentan tocan nuestra afectividad y desencadenan una serie de excitaciones a las que debe darse una salida adecuada. Una buena parte de este trabajo pertenece a la elaboración mental, siempre y cuando el individuo esté dotado de un buen soporte para la mentalización. El proceso de mentalización se construye gracias a que las representaciones de cosas (que tienen una calidad sensorio-perceptiva), a través del proceso simbólico, se van organizando progresivamente en representación de palabras. Estas permiten el acceso a la fantasía, la producción onírica o los procesos de reflexión interna. Si se dan fallas o insuficiencias en la adquisición de representaciones de palabras ligadas con valores afectivos, se corre el riesgo de que la vía somática aparezca de una manera patológica. La carga de las emociones, mal vehiculizada y poco o mal elaborada e integrada por las funciones mentales, se compromete rápidamente por la vía corporal. (Otero y Rodado, 2004, s.p.)

La escuela Rioplatense, por su parte, se sigue sosteniendo en lo conversivo y presentará un marcado énfasis en los afectos, con arraigo en las ideas freudianas:

Los afectos en sentido estricto se singularizan por una relación muy particular con los procesos corporales; pero, en rigor, todos los estados anímicos, aun los que solemos considerar «procesos de pensamiento», son en cierta medida «afectivos», y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos (Freud, 1992/1890 p.119).

Todo lo anterior fundamenta y brinda el contexto para comprender lo que los psiquiatras aquí estudiados, Perez Pastorini y Más de Ayala, entendían por el enfoque psicoanalítico de la psicossomática, a partir de la década del 30, en Uruguay.

Según Otero y Rodado (2004), autores como Goroddeck y Chiozza habrían sido precursores en psicologizar lo orgánico a través del arquetipo de la conversión, e

² Esto podría llegar a ser lo que hacían los psiquiatras uruguayos, que tenían en cuenta las nociones psicossomáticas para abordar sus pacientes en esos nudos, que los viejos psiquiatras escépticos no podían desenredar, eludiendo o rechazando el sufrimiento de los neuróticos hasta un *usted no tiene nada*.

incluir la búsqueda de sentido en el síntoma psicossomático. Todas las enfermedades orgánicas son indistintamente psíquicas y *el cuerpo simboliza*, lo que equivale a decir que las enfermedades son un lenguaje mediante el cual se manifiesta el cuerpo con una intencionalidad que demanda una comprensión e interpretación. Específicamente, Chiozza entiende que los fenómenos somáticos tendrían un correlato o significación a nivel inconsciente que se expresa simbólicamente por medio de lo que llama *lenguaje del cuerpo*: “la elección del órgano a través del cual se expresa un determinado trastorno, se rige por los mismos principios que determinan la elección de cualquier otra representación” (Chiozza, citado en Otero y Rodado, 2004, s.p.).

Desde una lectura lacaniana, Dunker (2011) interpela el concepto de psicossomática y considera inviable la eliminación de fronteras entre cuerpo y mente. Atribuye esto a una mala lectura tanto de Descartes como del psicoanálisis. El equívoco surgiría de intentar obtener una teoría unificada del cuerpo. Al ser la psicossomática una frontera disciplinar, se producen en ella malos entendidos, equívocos y conflictos, tal como en toda frontera territorial. El autor entiende que una perspectiva integral holística del psicoanálisis, en el marco de una constitución bio-psico-social, se ubicaría en un espacio *pre-psicoanalítico*, o sea, no sería psicoanálisis propiamente dicho. En este sentido traemos lo que aporta Lacan (2015/1966):

¿Cómo entonces dar cuenta de las equivocaciones evidentes que se muestran en las conceptualizaciones en curso en los círculos instituidos? Arréglense como se pueda sus diferentes maneras —desde la pretendida efusión unitiva (...)—, en todas partes se reconocerá ese espejismo que ni siquiera es discutido: la completud del sujeto, que se confiesa incluso formalmente considerar como una meta de derecho posible de alcanzar, si en los hechos algunas cojeras atribuibles a la técnica o a las secuelas de la historia la mantienen en el rango de un ideal demasiado apartado (p. 225).

La búsqueda psicossomática de una concepción y un abordaje *holístico*, cae por sus fundamentos en la teoría lacaniana, siendo, para Lacan, una meta inalcanzable, fundamentalmente porque la concepción lacaniana de sujeto no admite la completud de un individuo, sino un sujeto escindido: “El cuerpo como ficción de unidad y un correlato de individuo como ficción de un sujeto no dividido” (Dunker, 2011, p. 93).³

Esta ficción a la cual refiere Dunker (2011) remite a la concepción misma de sujeto para el psicoanálisis lacaniano, la cual no es más que un sujeto escindido, dividido por ser efecto de lenguaje, por tener su causa en el lenguaje. Consigna a su vez el célebre aforismo lacaniano: “El inconsciente está estructurado como un lenguaje” (Lacan, 2017/1973 p.28). Este sujeto escindido está en relación lenguaje ya que ha sido causado por él. Según Dor:

³ “O corpo como ficção de unidade é o correlato do indivíduo como ficção um sujeito não dividido” (Dunker, 2011, p. 93).

Para Lacan la *Spaltung* es indudablemente la característica más inaugural que define la subjetividad porque permite advenir al sujeto y estructurarse de acuerdo a cierto modo psíquico. (...) En este sentido puede considerársela como *división inaugural del sujeto* que proviene del propio vínculo del sujeto con (...) el orden simbólico. (...) Esta operación se realiza con la instalación del proceso de la metáfora paterna (Dor, 1989, p. 117).

La relación del sujeto con el orden simbólico es una relación con el lenguaje, donde el sujeto es efecto del significante. Nuevamente referimos a otro aforismo lacaniano: “Un sujeto es lo que puede ser representado por un significante para otro significante” (Lacan, 2008/2006, p.20).

Será a esta cadena significativa a la cual aludirá Lacan (2017/1973) cuando se refiere al fenómeno psicossomático. Entiende que el mismo no es más que la *ausencia de intervalo entre el S1 y el S2*, “cuando el primer par de significantes se solidifica, se holofrasea” (p.245). En relación a esto, Szapiro (2011) aclara que la constitución del sujeto está articulada a una cadena significativa que se funda en una falta, la cual remite a la castración. En este intervalo es donde emerge el sujeto, y al no haberlo en lo psicossomático, no hay falta que permita este advenimiento. Siguiendo a Lacan, la autora propone “diferenciar el síntoma analítico del fenómeno psicossomático, que si bien está determinado desde lo psíquico, no es la metaforización de una idea inconsciente como en el caso del síntoma” (p. 164).

5. URUGUAY: INSCRIPCIÓN DE ALGUNAS IDEAS O NOCIONES EN RELACIÓN A LA PSICOSOMÁTICA DESDE MÁS DE AYALA Y VALENTÍN PÉREZ PASTORINI.

Haremos referencia ahora a dos psiquiatras cuyas obras aportan elementos cruciales para situar algunas marcas de la psicosomática en Uruguay: el Dr. Isidro Más de Ayala, y el médico psiquiatra, luego devenido primer psicoanalista uruguayo, Valentín Pérez Pastorini.

Las nociones aquí desarrolladas emergen de una revisión bibliográfica cuyas fuentes fueron varias publicaciones de la Revista de Psiquiatría del Uruguay (RPU), así como artículos y libros de su autoría. Estos textos dan cuenta de la impronta que el advenimiento de las ideas psicoanalíticas deja en los médicos de la época. Las mismas son lentamente asimiladas y comienzan a autonomizarse en la práctica clínica. El éxito de esta repercusión radica en las respuestas que el psicoanálisis propone a los vacíos que la psiquiatría no lograba abordar, como por ejemplo las neurosis.

Para contextualizar, cabe señalar que este viraje o quiebre epistemológico hacia la psiquiatría dinámica, hacia un enfoque "más humano" de los pacientes, no es casualidad en ese momento histórico, en particular en el Uruguay. Desde la década del 30 en adelante (luego de la dictadura de Terra, que se inicia en 1933), el país se caracterizó por una fuerte preocupación del Estado en términos de higienismo, higiene mental, prevención y el énfasis en la profilaxis, que marcaron la medicina a partir de entonces.

Las concepciones psicoanalíticas, cada vez más presentes, tanto en la cultura en general como en el ámbito clínico, provocaron varias reacciones. Por un lado, rechazo y fuertes críticas, pero también eran usadas tanto para pensar al paciente como para enriquecer el arsenal terapéutico de la época. Algunas de esas nociones (por ejemplo, libido, Edipo, sexualidad, inconsciente, represión, etc.), se observan con frecuencia en las escrituras de casos clínicos y en los escritos de los psiquiatras de época. En 1925, con el fallecimiento de Bernardo Etchepare (jefe de la cátedra de psiquiatría, desde 1908, de la Facultad de Medicina, eminente fundador de la "psiquiatría nacional", firme defensor de la psiquiatría organicista) se produjo una apertura hacia las ideas psicoanalíticas:

A partir de la muerte de Etchepare en 1925, principal fundador de la psiquiatría nacional -y fuerte opositor de las ideas freudianas-, se habría generado un campo fértil para la recepción de las ideas psicoanalíticas. Durante la década del '30, bajo un renovado interés por la higiene social, se crea en 1934 la cátedra "Higiene Social y de Técnica Hospitalaria", y bajo la influencia de una mirada médica preocupada por la salud de estado y la degeneración, no sólo se estudian los biotipos y la herencia

mórbida sino también la sexualidad, la cual empieza a acaparar la atención de varios psiquiatras (Gambini, s.p., 2018).

5.1 Isidro Más de Ayala: de médico psiquiatra a médico psicosomatista.

Isidro Más de Ayala (1899-1960), fue un médico psiquiatra, docente y escritor uruguayo. Su obra refleja una gran preocupación y ocupación en relación a un enfoque social de la medicina, y la búsqueda de una concepción "integral" del ser humano ante el par salud- enfermedad.

El interés de abordar este autor se basa principalmente en que, al leer sus obras desde una perspectiva histórico-discursiva, contextualizado a su época, junto a su formación médica se percibe una transformación o tránsito hacia elementos vinculados con el psicoanálisis. Igualmente, sin alejarse de su postura médica, hay en él un desarrollo teórico por momentos más cercano a la psicosomática.

Más de Ayala (1949) plantea que desde fines del siglo XIX y principios del XX asistimos a una perspectiva organicista, particularista y analítica de la Medicina, que tiene su origen en la formación de los estudiantes, a quienes se les enseñaba fisiología, histología, anatomía patológica, etc. Desde este punto de vista, si existe dolor, existe una lesión, un tumor o cualquier alteración física del órgano, "olvidándose" que desde el comienzo el ser humano no es solo una célula, sino un todo, una totalidad armónica, una unidad funcional de un ser total e indivisible. A partir de allí, la vida anímica del paciente se hace ausente para los médicos y los investigadores.

Así, Más de Ayala, se refiere a la Medicina de la época, dejándonos ver cierta apertura o perspectiva cercana a esta integralidad que, como ya mencionamos, caracteriza los planteos de la psiquiatría a partir del S.XX.

Existió además, según Más de Ayala (1949), lo que éste llamó un abandono de los neuróticos por parte de la Medicina, éstos eran una legión de enfermos que no presentaban lesiones en los órganos, pero sufrían a la par de los enfermos orgánicos. Se los denominaba *nerviosos*, *hipocondríacos* e *imaginarios*, no siendo catalogados como enfermos para la ciencia médica. Estos pacientes

(...) no eran atendidos por los médicos, y hasta muchas veces eran corridos de los consultorios y de las salas del hospital como huéspedes indeseables que iban a hacer perder el tiempo. El examen físico de estos pacientes no comprobaba trastornos objetivos. Se les repetía "usted no tiene nada" ignorando que quien no tiene nada no concurre a los consultorios médicos (...) desamparados de toda terapéutica (p.7).

Con su libro "*Psiquis y soma en las enfermedades*" (1949) que tiene un apartado de curioso título, *Llega Segismundo Freud*, y otras obras, comenzará a realizar conexiones relevantes, posicionado en el "nudo epistemológico" que hemos propuesto pensar, entre medicina, psiquiatría, psicósomática y psicoanálisis. Respecto del advenimiento de las ideas psicoanalíticas de Freud, Más de Ayala afirma que hicieron fortuna rápidamente debido a su vertiginosa difusión. Llegaron en el momento oportuno para llenar lagunas que dejaba el concepto físico-químico de la medicina de fin del S. XIX. Uno de los mayores logros del psicoanálisis sería su "visión unitaria", lo cual hizo que fuera recibida con entusiasmo por todo aquel que no estaba de acuerdo con la perspectiva de la medicina de la época.

Más de Ayala (1949), citando a Alexander, de la Escuela psicósomática de Chicago, expone: "El paciente, como lo dice Alexander es entonces considerado como un ser humano, con sus precauciones, sus temores, sus esperanzas, sus desesperaciones, como un todo indivisible (lo dice la palabra individuo; no dividido) y no solo como un portador de órganos, de un hígado o estómago enfermo" (p. 8).

En referencia a Freud, entiende a la personalidad humana en constante pugna entre "principio de placer" y "principio de realidad". La conducta de la persona sería el resultado de esta lucha inconsciente, repercutiendo en los órganos que están al servicio de la psiquis. Los síntomas, a nivel corporal, tendrán un correlato más profundo, oculto, difícil de percibir para el médico no psicólogo y "que solo puede ser comprendido por el estudio de la personalidad total del paciente y el conocimiento de su situación en la vida: **sus conflictos pasados, sus angustias presentes, sus temores por el porvenir**" (Mas de Ayala, 1949, p11; negritas del autor). Son claras estas líneas para entender cómo el psiquiatra de esa época, en Uruguay, construye una visión integral del ser, característica de la psicósomática, *desde postulados psicoanalíticos*, que se manifiestan en conceptos clave, como en la cita anterior.

El quiebre con la medicina organicista va de la mano con la transformación del concepto de salud-enfermedad, y se explica específicamente en el autor cuando teoriza acerca de una medicina integral, que deviene integral a partir de la concepción médica particularista analítica, unilateral, que hubo que abandonar para entender la medicina ahora psicósomática y somatopsíquica. La misma busca conocer en profundidad la personalidad del enfermo en todos sus ámbitos bio-psico-social (Más de Ayala, 1949).

Un poco más adelante en el tiempo, las ideas descritas por el autor siguen reflejando el choque o interjuego de disciplinas, en 1951, en cuanto a la importancia del mundo subjetivo del ser, escribe:

El interés por el estado subjetivo del enfermo mental, por sus sentimientos y pensamientos, va a constituir el rasgo principal de los psiquiatras "psicólogos" que aparecen a comienzos del siglo que vivimos. Y el método del estudio de los estados subjetivos conscientes e inconscientes fue la obra de Freud. (Más de Ayala, 1951, p. 9)

Tal es la importancia atribuida a la obra de Freud, que considera como uno de los momentos más trascendentales de la historia de la medicina: el día en que Freud, frente a una paciente "se decidió a hacer uso del hipnotismo para que le revelara el episodio que le había enfermado, pero del cual la paciente no tenía consciencia" (p.9)

A partir de la calificación, más arriba, de un "psiquiatra psicólogo" podemos suponer que Más de Ayala puede estar haciendo referencia a un médico psicosomatista; por tanto, quien tuviera una concepción psicosomática del enfermar y, al mismo tiempo, fuese médico, debía ser identificado, por Más de Ayala, en la época, como un "psiquiatra-psicólogo". En estas líneas se acuña la discusión epistemológica anteriormente planteada, principalmente desde la escuela Francesa de psicosomática, acerca de cómo dicha disciplina se nutre y prolifera a partir de la medicina y el psicoanálisis. La figura del psiquiatra "por razón de su especialidad debe estudiar al individuo, no a la enfermedad, y su integración con el medio que lo rodea, es en este punto donde se encuentra con los psicosomatistas" (Más de Ayala, 1951, p.15)

Cabe destacar un hecho relevante, que se desprende de la investigación de éste médico en un recorrido por sus obras. Sus teorizaciones se fueron centrando más en la literatura, en las novelas sobre la locura y la personalidad. "*El loco que yo maté*" (1941) novela que problematiza el encierro y la locura, "*Leer es partir un poco*" (1945) "*El inimitable Fidel Gonzalez*" (1947) y "*Montevideo y su cerro*" (1956). Antes de fallecer escribió el primer libro de una trilogía que buscaba un análisis caracterológico del uruguayo y su contexto geográfico: "*Y por el sur del río de la plata*" (1958)

Al parecer, y a modo de hipótesis los intereses de Más de Ayala variaron y devinieron en estudios más bien de la personalidad, y no tanto de la patología y la medicina.

Sus datos biográficos no muestran formación en psicoanálisis por parte de Más de Ayala; pero en su legajo se observa un movimiento significativo: pasa de "médico psiquiatra" a "médico psicosomatista", a partir del 1948, cuando análogamente incluye

ideas psicoanalíticas en sus libros y publicaciones. A modo de hipótesis, también podemos conjeturar que el psicopatista se encargaba de aquellos enfermos que el psiquiatra “duro” rechazaba al, no encontrar un correlato orgánico que contemplara su sufrimiento (psíquico).

Con el psicoanálisis más arraigado y habiendo conocido el funcionamiento inconsciente, el autor (psicopatista) afirma:

Era la primera vez en la historia de la patología, que se encontraba que un procedimiento de examen (la exploración psíquica) había conducido al descubrimiento de la causa de la enfermedad (el conflicto intrapsíquico) y era al mismo tiempo el agente terapéutico que extirpaba aquella causa (Más de Ayala, 1951, p.9)

El alienista clásico y escéptico rechazaría enérgicamente cualquier idea psicopatológica, pero no el psiquiatra moderno, sobre todo si poseía la cultura y sensibilidad que parecía poseer Más de Ayala. La psicopatológica “no es ahora una doctrina sino una conducta, una acción, una transfusión de savia nueva que viene a animar el tronco agotado de la medicina académica...” (op. cit., p.14).

Los psiquiatras fueron permeables a la medicina psicopatológica, pudiendo tratar a los enfermos neuróticos a partir del método proporcionado por Freud. El psiquiatra pasó a ser reconocido por el uso o la práctica de ciertos elementos psicoterápicos como la comprensión anímica del paciente, y la modificación de elementos ambientales para solucionar conflictos patógenos. Estos psiquiatras estaban llevando a cabo la medicina psicopatológica, siendo la psicoterapia el recurso principal (Más de Ayala, 1951).

Las fronteras que delimitaban ambas disciplinas, la psiquiatría y la medicina psicopatológica, se tornaba difusa:

... se han influido mutuamente y en muchos casos son una y la misma cosa (...) Solo hay un órgano: el cuerpo, y solo hay una función: la vida. Agreguemos que sólo hay una forma de medicina y ella es la psicopatológica, que cuando haya penetrado en todas las especialidades y las haya modificado con su espíritu integralista y total dejará de llamarse psicopatológica, para volver a ser la Medicina única y verdadera. Y El médico será psicopatista o no será médico (Mas de Ayala, 1951, p.19).

Vemos ya una orientación radical hacia una concepción de médico integral único.

En cuanto a la concepción de enfermedad, Más de Ayala (1953) entiende que todos no somos iguales frente a la enfermedad, cada uno la hace a su manera. Las enfermedades no tienen una etiología única: más que de *la causa*, se tratará de *las condiciones* que las hace posibles, interviniendo infinitos factores, que definen que no nos comportemos todos de la misma manera frente a un mismo tóxico o frente al mismo traumatismo.

En síntesis, Más de Ayala tomaba la psicósomática para pensar sus pacientes y para basar sus escrituras e intereses respecto a la Medicina. No se encontraron registros de casos clínicos donde se pudieran ver estas ideas o abordajes aplicados en pacientes. Sería acertado proponer que este psiquiatra manejaba una versión teórica de la psicósomática.

Por otra parte, el Dr. Valentín Pérez Pastorini, primer psicoanalista uruguayo, llevó las ideas psicósomáticas más al plano del trabajo clínico con pacientes, y ello se puede constatar en sus publicaciones en la Revista de Psiquiatría del Uruguay.

Nos interesa aquí comprender cómo se inscriben en estos psiquiatras las ideas psicósomáticas y psicoanalíticas y cómo se comienzan a utilizar para hacer clínica, una clínica que se transformará en la clínica actual.

5.2 Valentín Pérez Pastorini: interdiscursividad, medicina, psicósomática y psicoanálisis

Valentín Pérez Pastorini (1895 - 1948) es un psiquiatra y psicoanalista uruguayo, sobre quien Mercedes Freire de Garbarino relata:

(...) fue por 1944 o 45. Es en esta fecha que se empieza a hablar de psicoanálisis en el Uruguay. Y fue el Dr. Valentín Pérez Pastorini quien no sólo nos transmitió el cuerpo de teoría del psicoanálisis sino también su entusiasmo y devoción por esta disciplina. El profesor V. Pérez Pastorini era jefe de Clínica de la Cátedra de Psiquiatría de nuestra Facultad de Medicina. Tenía una gran capacidad de trabajo, espíritu inquieto, extrovertido, alegre, movedido; era de baja estatura y delgado, lo que conformaba una unidad entre su espíritu y su soma.

Pastorini publica en la RPU "Valor de la anamnesis asociativa en medicina psicósomática" (1946), el caso de una paciente que luego de varias neumonías no lograba curarse del todo, volviendo a recaer. La paciente es derivada a Pérez Pastorini por un médico. La paciente había sufrido a lo largo de su vida 41 neumonías.

En esta publicación el autor destaca el valor que la medicina psicósomática tenía en ese momento y especialmente el método de dejar hablar espontáneamente al paciente. Dicho método se basará en la libre asociación de ideas, la técnica freudiana, resaltando que a pesar del tiempo corto de la clínica, este método permite llegar a determinar, en efecto, el *componente psíquico de las enfermedades orgánicas*, pudiendo acceder a una *visión total* de la estructura de la personalidad del individuo.

Como pone en relieve la lectura de esta publicación, es clave la figura de este psiquiatra – psicoanalista, porque refleja ese anudamiento y proximidad de fronteras entre la psiquiatría, el psicoanálisis y lo psicósomático, llevando a cabo la aplicación de la técnica de Deutsch en este caso de afección orgánica.

Según Pérez Pastorini (1946), la llamada anamnesis asociativa de Deutsch es "un método que tiene por objeto enterarse de la causación de los síntomas en su significado para el paciente, en términos de las experiencias de su vida desde la más temprana infancia" (p. 3). El *examinador* permanecerá en silencio mientras el paciente habla, sin interrumpir hasta que éste haya agotado las ideas, y sus recuerdos sobre sus disturbios orgánicos. Ahí el *médico*, para estimularlo a seguir hablando y asociando, repetirá en forma interrogativa las últimas frases del enfermo. Lo que repite el examinador, habitualmente, serían las quejas orgánicas, con las mismas palabras del paciente. Entonces el paciente brindaría nueva información en torno a sus síntomas, pero ahora mezclando material emocional y somático. "El paciente no es sabedor que está oscilando entre los dos componentes emocional y orgánico de la unidad psicosomática y obtenemos así datos sobre el conflicto neuróticos" (p.4). La entrevista duraba entre una y dos horas, o lo que tardara el paciente en responder a la transferencia positiva.

Resulta interesante destacar la novedad del hecho de respetar el silencio del enfermo, saber cuándo interrumpir, y cuando no hacerlo. Según Pérez Pastorini, citando a Ferenczi y otros, esto es atribuible al tacto psicoanalítico. "Ya sea en una sola entrevista, o en un análisis de prueba, o en un análisis total, muchas veces será necesario respetar el silencio del enfermo, otras veces se le interrumpirá de acuerdo con determinadas intuiciones del analista" (op. cit., p.4).

En la publicación del caso, luego de explicar la técnica, expone la transcripción de dos sesiones realizadas, para pasar a realizar importantes consideraciones comienza diciendo:

En líneas generales este examen nos trae esbozos de su personalidad: Vivencias de su historia personal infantil, de su cuerpo y de su psiqué, cualidades de los personajes ambientales y de sus conflictos con ellos, de los caracteres paternos; estado económico, reacciones y frustraciones frente a sus amistades; ideas religiosas y morales; síntomas neuróticos, y el grado de adaptación social (p.18).

En estas consideraciones ya vemos que aparecen varias marcas de una concepción holística que intenta la total integración entre psique-soma, y de una personalidad consolidada a partir de las vivencias, el ambiente, conflictos, relaciones sociales etc.

En un apartado titulado "Relaciones psicosomáticas", Pérez Pastorini expone once puntos que parecen relacionarse a la interpretación analítica, citando a Freud y Fenichel. Entre ellas, como las más relevantes, señalamos la conjugación del dolor físico y el dolor moral, y el hecho de considerar a la tos como un fenómeno asociado a lo emocional.

No podemos pasar por alto la importancia de la influencia de Pérez Pastorini en el psicoanálisis, en Uruguay. El médico realizaba frecuentes viajes a Buenos Aires; allí se analizó con Ángel Garma y se formó como psicoanalista, y en Uruguay inició su trabajo clínico y de transmisión del psicoanálisis, influenciando significativamente a Rodolfo Agorio, Gilberto Koolhaas y Héctor Garbarino, quienes fueron sus analizantes y discípulos, los cuales, luego de su prematura muerte, en 1958, dieron continuidad a su trabajo de transmisión del psicoanálisis.

Se puede constatar cierto "cambio enunciativo", a lo largo del texto, en la posición de Pérez Pastorini, permitiendo, de cierto modo, ubicar la difusa frontera epistemológica e interdisciplinaria que hemos propuesto. Por momentos quien entrevista es el médico, que luego pasa a ser examinador, y luego quien interroga en otros momentos de la entrevista se posiciona como analista. Va pasando por varias posiciones y este movimiento enunciativo puede estar haciendo referencia al proceso en estos médicos psiquiatras que se luego se transformaron en psicoanalistas. Por momentos no parece haber una distinción en cuanto a qué campo pertenecen los conceptos utilizados para pensar la clínica. Se refleja claramente lo que se pueden nombrar como marcas, rupturas y discontinuidades epistemológicas, puestas aquí en cuestión y como resultado de la imbricación entre medicina, psicosomática y psicoanálisis en la época.

A partir de la relación de estos psiquiatras con las ideas psicoanalíticas de la época, --sobre todo cuando trataban la etiología y abordaje de las neurosis, como se aprecia en sus textos doctrinales y casos clínicos publicados--, a modo de conclusión se puede ubicar a Más de Ayala con una postura *más teórica*, y a Pérez Pastorini *más orientado a la práctica clínica*.

6. CONSIDERACIONES FINALES

La historización de la psicósomática nos muestra una idea arraigada en las propias raíces de Occidente, una concepción integral del ser, que atraviesa las épocas y los discursos: una necesidad imperiosa de establecer un equilibrio armónico de un todo, entre mente y cuerpo, un equilibrio que permita hacer sentir que podríamos abolir el dualismo, derrotar la dicotomía. Parece ser solo un intento mítico, pero, sin embargo, esa idea de cuerpo ideal e integrado, sano en función del equilibrio y fusión psique-soma, que se analiza, va al gimnasio hace yoga y come sano, cada vez se impone más en nuestros días.

Esta visión holística se potencia a partir del S XX. Esa fusión por momentos forzada de psique y soma nos arrastra (como señalan los autores) hasta una metacategoría, artificio del lenguaje, frontera difusa, sesgándonos teóricamente y dejándonos varados en la superficie. A sabiendas que la estructuración psíquica va más allá.

Intentar una teoría integral, producto del entrecruzamiento entre la medicina y el psicoanálisis parece ser una solución rápida al padecimiento y sufrimiento de los pacientes, necesaria en estos tiempos donde se vive a altas velocidades, pero que, sometida a un análisis histórico-epistemológico, deja muchos espacios oscuros. Los postulados freudianos fueron cruciales para que este movimiento ferviente y duradero de la psicósomática, anclado en ellos, intentara constituirse como disciplina.

Rastrear las influencias del psicoanálisis y su incidencia en la clínica, en Uruguay, nos ayuda a entender el movimiento de la psiquiatría orientada hacia ese horizonte anhelado que demandaba una visión humanizada de las personas, que mitigara el sufrimiento de quienes padecían dolencias sin importar de que orden fueran. Derivando en lo que llamaron psicósomática, entendieron y asimilaron, a su manera, las ideas psicoanalíticas. Esta comprensión y asimilación forma parte de la historia de la clínica (psicósomática, psicoanalítica) en el Uruguay, y seguramente tiene sus derivaciones en la clínica de hoy.

En suma, el objetivo de este trabajo ha sido no alinearse con ninguna postura, como tampoco tiene como cometido poner en cuestión su veracidad, sino poner a dialogar los diferentes discursos, provenientes de diferentes teorías y campos, para poder cuestionarlas en pos de seguir generando aprendizaje.

7. Referencias bibliográficas

- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Chemama, R. (1998). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Descartes, R. (2010). *Discurso del método*. Recuperado en:
https://www.elelandria.com/libro/link_descarga_libro/769/1007
- De Cristóforis, O. (2006). *Cuerpo vínculo lenguaje en el campo psicosomático*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Dor, J. (1989). *Introducción a la lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como un lenguaje*. México: Gedisa.
- Dunker, Ch. (2011). Corporeidade em psicanálise: corpo, carne e organismo. En: *A pele como litoral. Fenômeno psicossomático e psicanálise*. São Paulo: Annablume Editora.
- Ellemerger, H. (1976). *El descubrimiento del inconsciente*. Madrid: Gredos.
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Freire de Garbarino, M. (1988). Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. En *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, N° 68, (pp.1-10). Recuperado en:<https://www.apuguay.org/apurevista/1980/1688724719886801.pdf>
- Freud, S. (1992). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En *Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. 1 pp. 112-132 (Obra publicada originalmente en 1886-99) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1991a). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia" En *Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. 3 pp. 85-116. (Obra publicada originalmente en 1895). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1991b). La etiología de la histeria. En *Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. 3 pp. 185-218. (Obra publicada originalmente en 1896) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gambini M. (2018). Recepción de las ideas freudianas en la psiquiatría del Uruguay entre 1899-1940. En *Analytica del Sur. Psicoanálisis y Crítica*. Recuperado de:
<http://analyticadelsur.com.ar/recepcion-de-las-ideas-freudianas-en-la-psiquiatria-del-uruguay-entre-1899-1940/>
- Korovsky, E. (1990). *Psicosomática Psicoanalítica*. Montevideo: Ed. Roca Viva.
- Lacan, J. (2015). Del sujeto por fin cuestionado. En *Escritos 1*. (pp. 223-230). Argentina: Siglo XXI.

- Lacan, J. (2017). El inconsciente freudiano y el nuestro. En *El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis 1964*. (pp. 25-36) Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008). *Seminario 16. De un Otro al otro. 1968/1969*. Buenos Aires: Paidós
- Lain Entralgo, P. (1950). *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*. Madrid: Editorial Paz Montalvo.
- Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1979). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor.
- Lopez Piñero, J. (2002). *Del hipnotismo a Freud*. Madrid: Alianza Editorial,
- Marty, P. (1992). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Marty, P. de M'Uzan, M., David, Ch. (2013). *La investigación psicosomática*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Más de Ayala, I. (1949). Psiquis y Soma de las enfermedades. En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. No.81, Pp.3-24. Montevideo.
- Más de Ayala, I. (1951). La Psiquiatría y la Medicina Psicosomática. En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. No. 92. Pp. 3-19, Montevideo.
- Más de Ayala, I. (1953). El porvenir de la Psiquiatría. En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. No. 106. Pp. 31-52. Montevideo.
- Mira y López, E. (1962). *La mente enferma*. Montevideo: Servicio Científico Roche.
Recuperado en:
<http://www.miraylopez.com/Libros/La%20mente%20enferma.pdf>
- Otero, J., Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. En *Revista aperturas psicoanalíticas - revista internacional de psicoanálisis* N° 16. Recuperado en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=282>
- Perez Pastorini, V. (1946). El valor de la anamnesis asociativa en Medicina Psicosomática. En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. No. 61.
- Postel, J. y Quetel, C. (1987). *Historia de la psiquiatría*. México: Fondo de cultura económica.
- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.3 en línea]. Recuperado de: <https://dle.rae.es>
- Richard Londoño, C., Lemos Hoyos, M., Restrepo Ochoa, D. (2008). Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo. En *Revista Pensamiento Psicológico*, Enero-Junio, 137-147. Recuperado: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111670009>
- Russo, A. (2013a). La escisión alma - cuerpo en perspectiva histórica. En Carro, S., Cuesta, P., Vaeza, R., Díaz, A., Cohen, J., Gonçalves, L., Tomassini, A., Salvo, J., Sintés, R. En *Perspectivas Psicológicas en Salud*. (pp. 33-46). Montevideo: Psicolibros.

- Russo, A. (2013b). Psicósomática Psicoanalítica. Un enfoque que supera la clásica dicotomía mente cuerpo. En Carro, S., Cuesta, P., Vaeza, R., Díaz, A., Cohen, J., Gonçalvez, L., Tomassini, A., Salvo, J., y Sintés, R. En *Perspectivas Psicológicas en Salud*. (pp. 57-67). Montevideo: Psicolibros.
- Stagnaro, J. C. (2015). Introducción: En torno al origen del primer alienismo, *Asclepio*, (67) 2. Recuperado en:
<http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/658/904>
- Szapiro, L. (2011). De la cuestión de la psicósomática en el campo del psicoanálisis. Puntos de convergencia y divergencia. En *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA*. Vol. 18. pp. 163-170.
- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. En *Revista Scielo*. (pp. 41-50). Recuperado en:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:seR0LvxyeSgJ:www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=uy>