



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República

Facultad de Psicología

**Inscripción de las Ideas freudianas en el ámbito de
la psiquiatría en Uruguay (1900-1940)**

**Trabajo Final de Grado
(Monografía - Ensayo)**

Mauro Ferreira

4.706.508-5

Tutor: Prof. Agdo. Dr. Guillermo Milán

Apoyo por integración a programa: Lic. Marcelo Gambini

Montevideo, Uruguay, Abril 2020

Agradecimientos:

A mi familia, a mis amigos y compañeros,

A Guillermo Milán y Marcelo Gambini,

A quienes laboriosamente colaboraron para que esto sea posible

A los que están y a los que se fueron.

Índice:

Resumen:	4
Introducción:	5
1. Breve historia de la psiquiatría en Uruguay	6
2. Hitos y conceptos principales del psicoanálisis	11
2.1 Explicación psíquica de síntomas neuróticos.	12
2.2 La represión	14
2.3 Teoría de la seducción	15
2.4 Primera tópica	16
2.5 Sexualidad infantil	18
3. Análisis de textos	22
3.1 Ceguera Histórica (Etchepare, 1913):	22
3.2 Consideraciones bioquímicas sobre el Freudismo (Rossi, 1926)	27
3.3 Neurosis de angustia por Varicocele (Sicco, 1936)	31
4. Conclusiones	34
Bibliografía	37

Resumen:

El presente trabajo se propone indagar la relación del psicoanálisis con la psiquiatría uruguaya entre 1900-1940. Se realiza un recorrido histórico sobre la psiquiatría en nuestro medio y su constitución como práctica de tratamiento de las enfermedades mentales. La misma parecería haberse fundado en una postura ecléctica que posibilitó la inserción de diferentes escuelas de psiquiatría en nuestro medio.

Podría pensarse que los desarrollos del psicoanálisis son introducidos en nuestro medio cuando los psiquiatras buscan forjar técnicas en psicoterapia y, en particular, medios para hacer frente a la sexualidad y su relación con la enfermedad mental. Este trabajo intenta mostrar la complejidad con la que parecería articularse el psicoanálisis con la psiquiatría local.

El objetivo es describir de qué forma y bajo qué argumentos se introdujo la disciplina psicoanalítica en el Uruguay y, puntualmente en el ambiente que parece ser el primero en recibirlas.

Palabras claves: Psicoanálisis - Psiquiatría - Inscripción - Recepción - Freud

Introducción:

El siguiente Trabajo Final de Grado tiene como objeto indagar sobre la inscripción de las ideas Freudianas en el Uruguay, en el ámbito de la psiquiatría en el período 1900-1940. Se enmarca en el Grupo de Investigación “Formación de la clínica psicoanalítica en el Uruguay” (FCPU) del Instituto de Psicología Clínica - Facultad de Psicología.

El período de estudio 1900-1940 se ha determinado a partir del estudio de los textos doctrinales en psiquiatría. En el que es posible indicar la primer referencia a Freud, en un texto de Morquio de 1900, luego de lo cual es posible ubicar diferentes artículos en la *Revista Médica del Uruguay* y la *Revista de Psiquiatría en Uruguay*. Entre 1938 y 1940 se hace presente una crisis de la psiquiatría a nivel nacional (Gambini, 2019), lo que permitiría situar el final de un período de constitución inicial del campo psiquiátrico nacional.

Durante el análisis de los artículos publicados en las revistas antes mencionadas intentaremos describir qué se decía de Freud, de qué forma se articulaban sus conceptos con el cuerpo de las doctrinas psiquiátricas y la manera en que aparece en los casos seleccionados el abordaje de los psiquiatras sobre la histeria, los sueños, la psicoterapia, etc.

Para realizar este trabajo se presentará un primer capítulo sobre la historia de la psiquiatría nacional entre 1900 y 1940, período de surgimiento y consolidación de la psiquiatría en el ámbito institucional (Murguía y Soiza Larrosa, 1987). Un segundo capítulo que presentan los principales conceptos e hitos del Psicoanálisis Freudiano poniendo énfasis en describir aquellos conceptos que dieron lugar a la práctica analítica y que tendrían relación con los casos observados. En el tercer capítulo se analizarán tres casos particulares publicados en *Revista Médica del Uruguay* y *Revista de Psiquiatría del Uruguay* donde aparecen referencias freudianas. Esto nos permitirá caracterizar el proceso de inscripción del psicoanálisis en el ámbito local.

En este sentido, hemos seleccionado casos, que, de un modo u otro, permiten ubicar distintas inscripciones del psicoanálisis en el ámbito psiquiátrico, comprendiendo a cada uno de ellos como un caso paradigmático¹ que nos permita presentar la inscripción del

¹ Entendemos por paradigma,

(...) simplemente un ejemplo, un caso singular que, a través de su repetitividad, adquiere la capacidad de modelar tácitamente el comportamiento y las prácticas de investigación de los científicos. El imperio de la regla como canon de cientificidad se sustituye así por

psicoanálisis.

En el cuarto capítulo se intentará articular el material analizado con los aspectos de la historia de la psiquiatría en el Uruguay, para realizar una síntesis en torno a la inscripción/ “recepción” del psicoanálisis en el ámbito psiquiátrico nacional.

Este trabajo no busca establecer generalidades ni afirmaciones totales sobre su objeto de trabajo dada la amplitud y complejidad del mismo, y las condiciones en las que se enmarca. Los materiales de análisis son acotados y por ello solo se busca describir e identificar pequeños aspectos del problema.

el del paradigma; la lógica universal de la ley, por la lógica específica y singular del ejemplo (Agamben, 2010, p. 5).

1. Breve historia de la psiquiatría en Uruguay

La psiquiatría a nivel nacional no presentaría un punto de partida o momento de inicio claramente determinado (Duffau, 2019). Podríamos localizar diferentes acontecimientos que insinúan que en el medio local empezarán a darse las condiciones para que la práctica psiquiátrica se hiciera posible. Esto permitiría inscribir estos acontecimientos bajo el fenómeno denominado *medicalización de la sociedad* (Barrán, 1993), en el que el monopolio de la "cura" de las enfermedades empieza a recaer en manos de médicos y se desata una lucha contra el curanderismo. Aparecen desde finales del siglo XVIII (Murguía y Soiza Larrosa, 1987) algunos médicos interesados en psiquiatría, que empiezan a intervenir sobre el campo del tratamiento de las enfermedades mentales, quienes se forman en el exterior o en el país y dan lugar al desarrollo de la práctica psiquiátrica.

Durante la etapa pre – universitaria y de inicio de la actividad psiquiátrica (1788-1908), denominada así por Murguía y Soiza Larrosa (1987), es posible observar que en el Montevideo Colonial se produjeron las primeras intervenciones sobre pacientes denominados "mentales", en particular frente a episodios antisociales (Casarotti, 2007). Dichos pacientes eran tratados en el Hospital de Caridad, fundado en 1788, donde se recibió en ese año un hombre catalogado como "demente", luego de lo cual se van registrando otras internaciones de pacientes que sufren enfermedades mentales (Murguía y Soiza Larrosa, 1987). A partir de 1817 los pacientes fueron ubicados en espacios dedicados a enfermos mentales. Sin embargo, los sucesivos conflictos internos del país obstaculizaron que se produzca un ambiente de condiciones favorables para la asistencia médica en psiquiatría (Casarotti 2007).

A principios del siglo XIX la práctica psiquiátrica se encuentra en relación con análisis médico-legales. Tal es el caso que muestra el episodio en el que se encontró el Dr. Francisco Dionisio Martínez en el año 1838 cuando las autoridades exigían "pruebas" que hicieran posible "decidir si una locura es real o ficticia" (Murguía y Soiza Larrosa, 1987, p. 172).

Es hacia 1858 que aparece la iniciativa de tener un recinto solamente para pacientes psiquiátricos, concretándose en 1860 con la inauguración del Asilo de Dementes. La asistencia realizada en el Asilo de Dementes fue llevada adelante entre las Hermanas de la Caridad, médicos homeópatas y médicos orientados hacia el estudio de la alienación mental (Duffau, 2019). Entre ellos colaboraron varios médicos inmigrantes, entre los que se destaca

la figura de Adolfo Brunel por ser la personalidad muy idónea en la materia (Murguía y Soiza Larrosa, 1987).

Hacia 1875-1876 la Facultad de Medicina nace y se inauguran sus primeros cursos. En los mismos no hay especialización en psiquiatría por lo que el acercamiento que los estudiantes hacían al campo era a través de medicina-legal. Hay que aclarar que previo a su creación, para la medicina en general, los médicos eran extranjeros que venían al país o médicos locales que habían recibido su enseñanza en el exterior. Y para la psiquiatría en particular, luego de la creación de la Facultad de Medicina, los médicos reciben instrucción en la materia principalmente a través de los viajes a Francia que realizaban para su formación (Duffau, 2019).

Un acontecimiento importante en esta etapa es la creación del Manicomio Nacional en 1880, ubicado en el predio donde anteriormente se encontraba el Asilo de Dementes. Allí se hacían las observaciones e intervenciones, y desde allí fue ganando terreno y relevancia pública la psiquiatría local. Las constantes disputas entre la Comisión de Caridad, encargada durante varios años de la asistencia, y los noveles médicos que adquirían conocimiento y se desempeñaban en la materia, dan cuenta de un proceso signado por tensiones y disputas. Este enfrentamiento se empezó a modificar con la creación de la Cátedra de psiquiatría (1908) porque consolidó un equipo médico estable en el nosocomio e inició el proceso de formación de doctores especializados en psiquiatría (Duffau, 2019).

Por lo que se acaba de decir el fin de la Etapa pre-universitaria e inicio del período universitario se produce con la creación de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Murguía y Soiza Larrosa, 1987). Con este hecho, fue posible generar un ámbito de transmisión, aprendizaje e investigación en la materia. En ese sentido, la Cátedra se volvió un pilar para el desarrollo de la psiquiatría nacional (Casarotti, 2007), a pesar de ello, es difícil describir una identidad de los noveles médicos especializados en la materia (Duffau, 2019). Esto se debe a que no existía tampoco en el mundo formación específica en las afecciones mentales y la misma se relacionaba con una comprensión total del enfermo y la enfermedad, es por ello que en estos años resaltan médicos locales relevantes para la psiquiatría que pertenecían a diversas especialidades.

Hacia los fines del siglo XIX las principales corrientes en psiquiatría ya habían sido introducidas por Brunel, él refirió a las causas morales, al problema de la herencia y a la enfermedad mental como un problema de anatomía y neurología. Enrique Castro refería al problema del origen de la degeneración y decía que a la misma se puede entrar por

herencia o adquisición evidenciando las concepciones morelianas recibidas de la psiquiatría francesa (Duffau, 2019).

Bernardo Etchepare formado en la Universidad de París, fue el primer catedrático de psiquiatría de la Facultad de Medicina. De inspiración organicista y vitalista fue defensor de las concepciones anatómo-funcionales sobre la enfermedad mental (Murguía y Soiza Larrosa, 1987). Discutió y desestimó la expresión degenerado por tratarse, por un lado, de algo que no significaba nada preciso, evidenciando un esfuerzo por definir de forma precisa la manifestación de las enfermedades mentales, y por otro lado, un intento de cuestionar la incurabilidad de la enfermedad mental (Duffau, 2019).

Para los historiadores Murguía y Soiza Larrosa (1987), el pensamiento de la psiquiatría a nivel nacional de las primeras décadas del siglo XX está marcado por un ambiente de eclecticismo donde conviven concepciones muy diferentes sobre la enfermedad mental. Estos autores consideran que esto se debe a que la postura de los psiquiatras es flexible, con alta plasticidad y con una sólida base en la clínica que contrasta con un cientificismo rígido. Sin embargo, como plantea Duffau (2019), la adaptación de diferentes teorías no obedecería tanto un criterio laxo sobre qué es la enfermedad mental, sino al esfuerzo por articular una práctica que asegure rigurosidad y legitimación de la nueva figura que emerge, la del médico psiquiatra, que busca reconocimiento para hacer y decidir.

En 1912 se abren las colonias de alienados que en la actualidad se denominan Santín Carlos Rossi y Bernardo Etchepare para la atención de pacientes crónicos, buscando otro modelo asistencial debido a las insuficiencias que presentaba la estructura Manicomial (Casarotti, 2007).

En 1923 se funda la sociedad de psiquiatría y su actividad empieza a quedar registrada en su revista que se edita desde 1929, contiene la producción local y las colaboraciones del exterior. En la década del 30', en un contexto local de quiebre institucional, y en un contexto mundial de crisis que culminaría con el estallido de la segunda guerra mundial (1939), se promulga la "Ley del Psicópata" Nro 9581 que regula la organización de la asistencia y organización en psiquiatría, y presenta la inimputabilidad de la patología mental (Casarotti, 2007). Puede decirse que la situación jurídica y la necesidad de una ley sobre alienados estaba presente en el país desde fines del siglo XIX, y se discutía la necesidad de cuidar de sí mismo y del resto de la sociedad (Duffau, 2019).

Durante la década del 30', la medicina y la psiquiatría se enfocaban en el estudio de

lo orgánico, los biotipos y la herencia mórbida (Duffau, 2015) lo que conduce a un refortalecimiento del higienismo en distintas poblaciones, tales como muestran los siguientes textos: *Plan de profilaxis mental* (Sicco, 1930), *La lucha contra las enfermedades mentales* (Sicco, 1937), *Higiene mental en la adolescencia* (Fascioli, 1937), *La higiene mental en la infancia* (Payssé, 1937), *Contribución a la Higiene Mental-Clínica de Conducta* (González Dandré, 1937), *La Higiene Mental en la edad crítica* (Darder, 1937) y *La Higiene Mental en la escuela* (Schiaffino, 1937). Estos textos son fiel 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, según su franja etaria (Gambini, 2018).

En ese contexto, aparecerían las primeras referencias freudianas por parte de médicos uruguayos. En 1900 el Dr. Morquio en un trabajo publicado bajo el nombre de *Displegia espasmódica familiar en Revista Médica del Uruguay* parecería referirse al trabajo de Freud como neurólogo sobre parálisis infantil. En 1913 apareció en dicha revista el trabajo *Ceguera histérica* de Etchepare que trata sobre un caso de histeria, en que aparece una referencia a Freud en relación a la terapéutica (Gambini, 2019), lo que abordaremos más adelante.

A inicios del siglo XX la psiquiatría estaría esforzándose por formalizar la terapéutica y frente a lo cual las primeras referencias al freudismo, nos mostrarían una sinonimia entre “Psico-análisis” y “psicoterapia”² (Gambini, 2019). No obstante, en la década del 20 se aprecia una oposición y fuerte crítica a la obra freudiana, tal como podríamos apreciar en *Sobre Psicoanálisis* (Etchepare, 1925/1926), la cual parecería ocurrir ante el avance e influencia mundial del propio psicoanálisis.

Hacia la década del 30’ podríamos ubicar referencias a aspectos teóricos o doctrinales en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* como el ello, yo y superyo en las publicaciones de Payssé (1936) *Psicogenesis de un parricidio* o aspectos más generales como en *Conferencia Sobre Psicoanálisis* (Navarro, 1938), y *Teoría y práctica del psicoanálisis* (Mira Y López, 1940) que mostrarían cierta inserción de conceptos psicoanalíticos en el corpus teórico de la psiquiatría, tal como se muestra en:

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

² Esto será trabajado en 3.1: *Ceguera Histérica* (Etchepare, 1913) y en 3.2: *Consideraciones sobre la bioquímica del freudismo* (Rossi, 1926)

tímido y su temperamento es algo colérico. Su voluntad se caracteriza por la terquedad y persistencia en sus propósitos (Cáceres, 1936, p. 29).

De esta manera, la psiquiatría habría dejado de ser el mero poder para controlar y corregir la “locura”, y se convirtió en el poder para controlar aspectos de la vida cotidiana, prácticas condenables, de la población en general, pero 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 no sólo el interés por el estudio de la enfermedad mentales, sino también la medicalización de la sociedad, promoviendo el estudio y desarrollos de ciertos estilos de vida, muchas veces asociados a la regulación de prácticas sexuales, o hábitos como el consumo de alcohol (Duffau, 2016).

2. Hitos y conceptos principales del psicoanálisis

En este capítulo presentaremos los hitos conceptuales y las principales etapas del psicoanálisis freudiano basándonos en Assoun (2001), Bercherie (1988), Ellenberger (1974) y diferentes momentos de la obra del mismo Freud. Sin pretender dar una visión exhaustiva nos centraremos en aquellos aspectos de la doctrina y la técnica que se encuentran en relación con las referencias que encontraremos en los casos que observaremos de *Revista Médica del Uruguay* y *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.

Desde sus primeros años de estudiante de medicina, Freud se inclinó a la investigación científica en los principales laboratorios de enseñanza de Viena, y a través de los mismos fue iniciando su recorrido. Ellenberger (1974) describe el escenario, las principales escuelas y personalidades del ámbito científico con las que se encontraba Freud y su influencia.

En *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico* (1912/1991) aparece un esfuerzo por reconstruir los avatares de lo que fue el desarrollo del psicoanálisis hasta aquél entonces. De este trabajo es posible extraer las referencias conceptuales que fueron claves para la vida de la disciplina. Siguiendo a Freud (1893/1992) el psicoanálisis nacía en su experiencia de trabajo con Breuer a través del procedimiento catártico y más precisamente cuando dejó de lado la hipnosis e introdujo la asociación libre; la doctrina encuentra en el método un punto ineludible.

El tratamiento catártico contenía implícitamente una concepción del síntoma y su origen que se definirá a continuación pero antes es necesario destacar que luego de su aprendizaje con Charcot en La Salpêtrière, Freud heredó de una de las principales escuelas de psiquiatría en el mundo, la comprensión de la histeria que distinguía entre parálisis orgánica y parálisis psíquica e introdujo sus observaciones. Rechazó la idea de “lesión dinámica” de Charcot, por ser ambigua e introdujo la idea de que la lesión en la parálisis histérica responde a una alteración de la conciencia o la idea de una función u órgano. La parálisis histérica se comporta *como si no supiera de anatomía*, toma los órganos de manera vulgar por el nombre que llevan (Bercherie, 1988).

2.1 Explicación psíquica de síntomas neuróticos.

Hacia finales del siglo XIX un síntoma histérico era algo muy variado, parálisis, tics, sonambulismo, afonía, tos, etc. Bercherie (1988) destaca el valor psicológico que extrae Freud de los mismos. En *Estudios sobre la histeria* (1893/1991) aparecía la idea de un

trauma psíquico como aquel factor explicativo de un síntoma histérico. Este último se comprendía si se admitía que detrás suyo se esconde una situación cargada de afecto penoso que la originó. Entonces el tratamiento consistía en hipnotizar al paciente y pedirle que recordará la situación en que tal síntoma había aparecido y de esta forma aclarar qué lo ocasionó.

Sin embargo, no alcanzaba con el simple relato de un recuerdo traumático para completar el tratamiento. El mismo debía estar acompañado de una exteriorización de afectos para que el síntoma remitiera en su totalidad. Estos dos aspectos conforman el método catártico en tanto se entendería que el enfermo padecía de traumas psíquicos incompletamente abreaccionados, por lo tanto, averiguando sobre el ocasionamiento de un síntoma se hacía también una maniobra terapéutica ya que se permitía su descarga (Freud, (1893/1991).

Freud abandonó la técnica hipnótica por su dificultad para emplearla y porque agotaba al enfermo repetirla durante muchas veces en poco tiempo. Este abandono produjo una diferencia en Freud y Breuer. Estos encontraron varias ocasiones en que los recuerdos despertados no tenían la fuerza de valor explicativo. Ellenberger (1974) señala que para Breuer esto se debía a que el trauma ocurrió bajo estado hipnótico, pero esta idea no satisfacía a Freud, para el cual se trataba de recuerdos que se comportarían como eslabones de una cadena y tras los cuales habría traumas más elementales. Esto ocasionó un breve paso por la sugestión, donde tocaba con su mano al enfermo y le pedía que recordara la situación traumática, pero se seguían produciendo las dificultades.

Es en este aspecto donde se encuentra la originalidad freudiana pues de su trabajo nacen los conceptos de resistencia y represión. La dificultad para evocar recuerdos en el tratamiento sería entendida como resistencia, esta tendría un correlato psíquico que explicaría la naturaleza del problema en la histeria: allí nace el concepto de represión. (Bercherie, 1988)

Antes de avanzar es pertinente mencionar que la especulación freudiana reúne distintos conceptos y escuelas teóricas que existían en el movimiento científico de siglo XIX. Assoun (2001) señala la filiación de Freud al enfoque de Herbart por su influencia en Alemania que inspiraría a la fisiología, la psiquiatría y la psicología. En el lenguaje de éste encontraríamos procesos como la represión, resistencia e inhibición, que como juego de fuerzas opuestas, serían presentados como el intento de fundar un conocimiento del alma. Ésta sería una de las construcciones que constituyen el fondo epistemológico de la obra

freudiana.

2.2 La represión

Breuer entendía que el síntoma quedaba determinado por un grupo de recuerdos aislado de las otras representaciones mentales, esto es, la disociación psíquica, incapaces de pasar a ser conscientes por ser demasiado débiles. Esta disociación y la conversión de afectos explicaría el carácter particular de algunos enfermos de neurosis porque sería consecuencia de la pérdida de energía que tal estado implica; de esta forma se aparta de referencias a la debilidad mental supuesta de los histéricos. Breuer buscaba en la predisposición o causa constitucional una idea que explique la existencia de estados disociados o estados hipnoides (Bercherie, 1988).

Aquí Freud se aparta de Breuer. El problema de las ideas incapaces de ser conscientes no lo explicaría la debilidad de las representaciones, de este asunto extraerá conclusiones más originales y profundas. Analizando un caso de síntomas histéricos por “contravoluntad” sostiene que por la disociación psíquica y la tendencia a las conversiones, la idea puede objetivarse por la inervación corporal, manifestándose como “contravoluntad” (Bercherie, 1988).

El paciente advierte que tiene una voluntad resuelta pero impotente que se caracteriza como una perversión de la voluntad. Con este mecanismo Freud introducía la idea de represión extendiéndola a toda la sintomatología histérica con las siguientes palabras:

(...) son los grupos de ideas laboriosamente reprimidas las que obran en ese caso (...) cuando el sujeto se ha convertido en víctima del agotamiento histérico. Quizás incluso la relación sea más íntima, pues el estado histérico es tal vez producido por esa laboriosa represión” (Bercherie, 1988, p. 296)

Así aparecía la represión como defensa, noción que marcaría los trabajos de esta época, pues atraviesa la esencia de la concepción que Freud tendría sobre el fenómeno que ocasiona la histeria. Mediante el concepto de represión Freud refiere al elemento determinante del olvido de los recuerdos o ideas dolorosas (Ellenberger, 1976). El mecanismo psicológico de la represión sería junto a la resistencia el concepto operativo para la técnica clínica (Freud, 1917/1991).

Con estos dos conceptos se transformaría la técnica inscribiéndose la asociación libre como método de indagación. Tanto con Anna O y su pedido de “talking-cure” a Breuer, como con Emmy Von N., Freud ha visto cómo sus pacientes se apropian del procedimiento y

empiezan sin ninguna sugerencia a relatar los recuerdos que se les ocurren. La asociación libre sería utilizada con Elisabeth von R. donde Freud por las particularidades del caso se dedicó a oír los recuerdos de la vida de su paciente y ha establecer los nexos causales (Ellenberger, 1976).

La asociación libre como método y su relación con la concepción psicológica de la histeria serían los pilares de de los primeros años del psicoanálisis. Vemos por ejemplo que el caso Elisabeth von R se esclarece debido a que el síntoma sería concebido como el resultado de un conflicto, entre una situación placentera y otra miserable. Esto llevaría a que una representación erótica sea reprimida (esforzada al desalojo) y el afecto descargado por vía corporal. Este es el mecanismo de la conversión con el fin de establecer una defensa (Freud, 1892/1991).

2.3 Teoría de la seducción

Freud (1914/1992) insiste con el valor etiológico que dio a la actividad sexual para la formación de la neurosis y al que no renunció. La mirada sobre las dos “grandes” neurosis de la época, neurastenia e histeria, sirvieron para ir abriendo el camino a la comprensión de la actividad sexual (Bercherie, 1988).

De esta forma establecería su clasificación nosológica a partir de las perturbaciones particulares que encuentra la vida sexual de los enfermos distinguiendo las neurosis actuales de las psiconeurosis. Las primeras serían las neurastenias, cuyo origen es la masturbación y la neurosis de angustia, que se originan por la estimulación sexual frustrada. Las psiconeurosis serían divididas en histeria y neurosis-obsesivas (Ellenberger, 1974). Estas última serían utilizadas para explicar cómo se produce una defensa patógena y la elección particular de la neurosis, es decir, servirán para responder el problema de la “causalidad” de la represión (Bercherie, 1988).

En la *etiología de la histeria* (Freud, 1896/1991) sostenía que ha de continuarse con el método buscando el origen traumático hasta conseguir un recuerdo que satisfaga esta necesidad. Así la teoría de la seducción entendía a la histeria originada por una experiencia precoz de relaciones sexuales, una experiencia de pasividad sexual ante un adulto llevaría a un esfuerzo voluntario por rechazar un pensamiento penoso. Esto haría que un recuerdo tenga mayor fuerza que un hecho actual y se forme un complejo de recuerdos inconsciente. La neurosis obsesiva sería explicada como efecto de una experiencia sexual activa en la que el niño fue seductor de otro niño. La situación actual ha de despertar el recuerdo

originando un sustituto deformado como los reproches (Bercherie, 1988).

Hacia 1896 Freud abandona la hipnosis, la sugestión y alcanzaría una teoría de la neurosis que explicaba los detalles de sus síntomas y sus orígenes (Ellenberger, 1976), dando lugar a un modelo del aparato mental, que describía el funcionamiento normal y patológico que se consagra con el *Proyecto de psicología para neurólogos (1895/1992)*.

Se empezaría a producir un modelo del inconsciente con sus especificidades diferentes a las nociones de la época. La asociación libre se constituyó como la regla fundamental del método psicoanalítico, la misma consistiría en que el paciente comunique todas las ocurrencias que se le vienen a la mente al médico. Esta se usaría tanto para recuerdos, sueños, lapsus o cualquier acto psíquico que se produzca durante el tratamiento (Freud, 1900/1991).

2.4 Primera tónica

Ellenberger (1974) sostiene que no pasará mucho tiempo para que Freud declare ya no creer en sus neuróticas y se suceda una crisis tanto personal como teórica de todo el laborioso edificio construido. En este escenario empieza su autoanálisis y continúa su práctica clínica acompañada de una gran especulación teórica decantando su obra maestra publicada en 1900, *La interpretación de los sueños (1900/1991)*.

En el *Proyecto de psicología para neurólogos (1895)* se trataría de dar un modelo del aparato mental con acento en las neuronas, sus conexiones y circuitos para explicar el funcionamiento normal y patológico. El sistema nervioso comprendido a través de un modelo eléctrico, donde la relación entre las cargas energéticas proporcionan una comprensión de los fenómenos psíquicos evidencia el parentesco de Freud con el ámbito científico de su época, especialmente si notamos la pertenencia de dichas teorizaciones a disciplinas que Assoun (2001) califica de hermanas como lo eran la física y la fisiología en su momento.

Con el modelo de la interpretación de los sueños se pasaría a lo que Freud denominó metapsicología. Esta sería la descripción psicológica del funcionamiento del aparato y los fenómenos psíquicos. El autor no renuncia a la anatomo-fisiología, se trata antes que nada de describir el funcionamiento, de producir un modelo analógico de la topografía mental, retomando algunos fundamentos del *Proyecto* (Bercherie, 1988).

El aparato psíquico estaría compuesto de instancias que se diferencian por su

funcionamiento. Este recibe excitaciones, entendidas como cargas energéticas, provenientes del interior o exterior, estableciendo un recorrido temporal del psiquismo. El proceso psíquico recorrería un trayecto desde un polo sensorial-perceptivo hacia uno motor y se lo comprendería a través del modelo del reflejo biológico. De las percepciones que llegan al aparato quedará una “huella mnémica” y denomina “memoria” a su registro en el aparato. Las percepciones quedarían enlazadas entre sí en la memoria, sobre todo cuando se dan por simultaneidad, proceso llamado asociación (Freud, 1900/1991).

El sueño haría posible apreciar el funcionamiento de las instancias. Este sería un acto psíquico que tiene por fuerza impulsora un deseo por cumplir, pero la censura psíquica que actúa en su formación lo hace irreconocible. Para esta actividad trabajan el mecanismo de condensación y desplazamiento sobre las imágenes sensibles para alterar su forma y dar lugar al producto onírico (Freud, 1900/1991).

En la explicación de Freud (1900/1991) el sueño contiene ideas latentes que el proceso de olvido y desfiguración ocultan ocasionando que solo se recuerde el material manifiesto. Llamó Pre-consciente (Prcc) al sistema que se encarga de modificar las ideas o sensaciones latentes, y luego habilitar el paso a la instancia Consciente (Cc). El Prcc sería la instancia que se opone a este devenir consciente de las ideas del sueño, se sitúa muy próxima a la consciencia y al manejo de la movilidad. Al sistema anterior al Prcc lo denominó Inconsciente (Icc) por situarse detrás de aquél y del cual sostuvo que para alcanzar a la Cc debe pasar por Prcc atravesando el proceso de modificación comentado.

Para Freud (1900/1991) la censura sería la acción que exige las modificaciones necesarias al deseo inconsciente para pasar a la consciencia. La misma tiene lugar entre las dos instancias y lleva a una desfiguración de las imágenes o a un olvido total. No obstante durante el sueño se debilita la resistencia y la censura, pero no habría descarga motriz de las excitaciones. Esto diferencia al sueño de los procesos alucinatorios y demuestra en las últimas un recorrido de la excitación en sentido inverso al que se describió arriba y llamó regresión (Freud, 1900/1991).

El funcionamiento de éste aparato psíquico se fundamentaría en procesos que guían su acción y en donde la obra freudiana encontraría en Fechner sus deudas, reconocido por Freud y apreciado por Assoun (2001). El principio de placer-displacer entendido como cierta tendencia a evitar el displacer, siendo este último una elevación de la cantidad (energética) o un aumento de la tensión, mientras que el placer referiría a una sensación de descarga. Este esquema de explicación sería típicamente fecheriano (Assoun,2001).

Este principio permitiría explicar la relación del individuo con el medio a partir de una comprensión de la conversión cuantitativa en cualitativa del procesamiento de los estímulos y representaciones que construye el aparato mental. Podríamos rastrear el “principio de constancia” como una referencia, proveniente de los años de trabajo de Freud con Breuer, que inspiraría el principio de placer-displacer (Assoun, 2001)

Se apreciarían estas referencias en la base de lo que sería la explicación para concebir a las formas en que la experiencia se inscribe en el aparato psíquico como experiencia de satisfacción o de dolor (Bercherie, 1988).

El proceso primario sería el que regula el funcionamiento inconsciente, se presenta como energía psíquica libre que carga imágenes-recuerdo. Para el empleo adecuado de la misma debe ser conducido por el sistema Prcc que tendría la facultad de ligar, enlazar esas percepciones con vías adecuadas para la descarga. Esta última acción da lugar al principio de realidad que gobierna el funcionamiento Prcc y que da al Cc la facultad de ser el órgano sensorial que articularía entre los procesos sensoriales y los procesos de pensamiento Prcc (Freud, 1900/1991).

Esta apreciación de la energía como libre y ligada también sería una herencia de la tradición teórica Alemana que inspiraron a Freud, principalmente las figuras de Helmholtz y Fechner (Assoun, 2001).

Cuando se Freud refiere a la cualidad de las excitaciones, el principio placer-displacer y el principio de realidad serían los ordenadores de la vida del aparato psíquico freudiano. Mientras que proceso primario y secundario se refieren al funcionamiento de las representaciones y contenidos del psiquismo (Bercherie, 1988).

Estos conceptos son los que se denominó en la literatura psicoanalítica como primera tópica, describen el modelo del funcionamiento mental normal y permiten describir los mecanismos psíquicos de la neurosis. Freud entendería que el sueño y el síntoma neurótico como fenómenos psíquicos tendrían desde ese momento una raíz común, ambos son considerados como cumplimientos de deseos inconscientes (Freud, 1900/1991).

2.5 Sexualidad infantil

En el año 1905 Freud publicó los *Tres ensayos sobre sexualidad infantil (1905/1992)*. En él la sexualidad infantil se presentaría como fuente de la sexualidad adulta, como

conjunto compuesto y no organizado. (Bercherie, 1988).

Para Freud (1905/1992) la presencia de la pulsión sexual en la infancia tendría carácter de ley y hace del individuo un ser bisexual desde el origen. Bercherie (1988) muestra que Freud contaba con una teoría de la sexualidad y su papel en los procesos patológicos con fuerte inspiración anatómico-fisiológica tal como nos referimos. Conforme avanza su teorización y los desarrollos de la metapsicología tomaron la delantera, cambiarían también las reflexiones sobre la sexualidad centrándose en una descripción desde un punto de vista psicológico, con atención a la comprensión cuantitativa y cualitativa.

Encontramos en la libido el concepto que “sirve para definir el capital energético del psiquismo” (Assoun, 2001, p.181). Esta tiene un carácter cuantitativo, en el sentido comentado, que la refuerza en su función etiológica, pues, su aumento y disminución así como su distribución, permitirían a Freud explicar los fenómenos psicosexuales normales y patológicos porque sería la madera misma con la que están hechas las mociones pulsionales (Assoun, 2001).

Por pulsión se comprendería a la agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir a diferencia del estímulo que es una excitación singular que proviene del afuera. Se trata de una exigencia de descarga para el psiquismo. La zona erógena sería la fuente de excitación en el interior de un órgano y la meta aquello con lo que se cancela esa excitación; estos serían los aspectos que otorgan identidad y diferencian entre sí a las pulsiones. Por lo tanto, no es el objeto sexual lo que las caracteriza (Freud, 1905/1992).

La práctica sexual infantil sería autoerótica ya que cualquier parte del cuerpo se instituye como meta sexual. El apuntalamiento es el proceso que hace de una función vital como la nutrición, una huella mnémica de satisfacción que se independiza de la función nutritiva para buscar reproducir la experiencia de satisfacción. La zona erógena es la parte del cuerpo que funciona como estímulo para obtener esa satisfacción a expensas del mundo exterior. La estimulación de la zona erógena habría de producir una sensación de placer, podría ser cualquier parte del cuerpo, pero hay algunas privilegiadas como los pezones o los genitales. (Freud, 1905/1992).

La falla de la represión a estas tendencias llevaría a la producción de síntomas, que por presentarse ya desde la infancia, permiten apreciar lo temprano de la presencia de la pulsión en el organismo (Freud, 1905/1992).

En las perversiones se encontraría el funcionamiento normal de las pulsiones cuando ningún proceso interno o externo les estableció la suficiente regulación (Freud, 1905/1992).

La represión sería la explicación de la amnesia como síntoma y se apreciaría tanto como amnesia neurótica sobre recuerdos patológicos así como amnesia infantil. En la histeria la represión se produce cuando el sujeto posee un conjunto de huellas mnémicas que fueron sustraídas a la conciencia, su ligazón asociativa atrae todo aquello sobre lo que actúan. Se entiende que “Sin amnesia infantil, podríamos decir, no habría amnesia histérica.” (Freud, 1905/1992, p.159)

La represión habría de producirse por las fuerzas exteriores como la educación, pero sobre todo por un proceso interno del desarrollo pulsional. El período de latencia sería establecido como aquél alrededor de los 5 años en que se producen los mecanismos psíquicos como la sublimación que ofician de freno a la energía sexual y la desvían de sus metas. La represión sexual orgánica consiste en la aparición de esos diques psíquicos como el pudor, asco, horror al incesto que cierran el curso a la excitación sexual (Bercherie, 1988).

Freud (1905/1992) establecería la fase pregenital, latencia y pubertad como fases del desarrollo sexual. Cada fase tendría sus particularidades con respecto a las zonas erógenas, la intensidad de las excitaciones en el aparato psíquico y su procesamiento.

Hacia el final del período pregenital, se produciría un fenómeno como el de la elección de objeto sexual que se caracteriza en un primer tiempo por la infantilidad de las metas sería detenida por el período de latencia. En un segundo tiempo que sería en la pubertad la elección de objeto se establece definitivamente (Freud, 1905/1992).

A la fase genital le sigue el período de latencia donde las pulsiones se ven sofocadas para reaparecer en la pubertad con mayor fuerza. En este período aparece la sublimación como un mecanismo psíquico vital para el funcionamiento sexual (Freud, 1905/1992).

La pubertad sería el momento en que se produce la diferenciación psíquica entre los dos sexos a partir de la historia del desarrollo infantil particular, su forma de elección de objeto y la intensidad de las pulsiones. Estos hechos le harían entender a Freud (1905/1992) que cierto sexo sea proclive a determinado tipo de patología como por ejemplo la tendencia de la mujer a la histeria.

La elección de objeto sexual presentaría “(...)con la frecuencia de una ley, la moción

sexual del niño hacia sus progenitores, casi siempre ya diferenciada por la atracción del sexo opuesto: la del varón hacia su madre y la de la niña hacia su padre." (Freud, 1905/1992, p. 207). Esta representación se vuelve inconsciente y en la adultez se acompañan de un refuerzo somático. El horror al incesto como uno de los mecanismos que se comentaron del periodo de latencia es el que llevaría a su represión. Así la represión como fenómeno psíquico acompañaría a la cultura para producir formas de organización superiores de la sociedad (Freud, 1905/1992).

Estas fantasías serían dejadas atrás en la pubertad acompañadas de la desestimación a la autoridad de los padres, pero en los casos en que se da un proceso patológico se observaría una fijación infantil de la libido. Esta se conducirá por vías colaterales cuando encuentre frustrado su camino normal de satisfacción (Freud, 1905/1992).

Para el psiconeurótico, la actividad sexual permanecería en lo inconsciente conservando toda su aspiración de satisfacción en los objetos incestuosos. Y las modalidades de tendencia hacia uno u otro de los miembros de la pareja parental como hostilidad hacia una e inclinación tierna hacia el otro, marcarán todo el camino de la elección de objeto y su desarrollo normal o patológico (Freud, 1905/1992).

Una de las construcciones más importantes de Freud sería la que refiere a la transferencia. Entre la relación del médico con su paciente se establecería una dinámica en la que las mociones pulsionales buscan satisfacción en la situación actual, y se comportan de acuerdo a situaciones anteriores de la vida del enfermo (Freud, 1912/1991).

Es por esto que distinguió entre transferencia positiva y negativa, de acuerdo a los fines terapéuticos del psicoanálisis que serían hacer consciente lo inconsciente. La transferencia positiva es la que permite continuar con el tratamiento mientras que la negativa operaría como resistencia. En este fenómeno se expresarían los mecanismos psíquicos que suceden en las otras formaciones del inconsciente como en el síntoma y el sueño (Freud, 1915/1991).

3. Análisis de textos

Para iniciar el análisis de los casos clínicos psiquiátricos realizamos la exposición de la presentación de cada caso, siguiendo, en la medida de lo posible, el orden textual de los elementos clínicos, señalando las formas en que tales elementos se presentan, se organizan y se desarrollan, intentando reflejar la modalidad de concatenación de los signos y síntomas presentes, y la argumentación clínico-psiquiátrica derivada de ellos. En un segundo momento, presentaremos y analizaremos diferentes elementos de cada caso que nos permitan ubicar o inferir la inscripción del psicoanálisis freudiano. En particular, destacamos dos tipos de inscripciones:

1. Inscripciones del psicoanálisis en el seno de la terapia moral, que parecería articularse con el ejercicio de la psicoterapia. Los aspectos del psicoanálisis que encontraremos tendrían relación principalmente con el método catártico y su técnica.
2. Inscripciones del psicoanálisis en el cuerpo teórico-doctrinal de la psiquiatría. Esta se produce principalmente en lo que refiere a la sexualidad y su relación con la enfermedad mental.

3.1 Ceguera Histórica (Etchepare, 1913):

Descripción general:

El caso apareció publicado por el Dr. Bernardo Etchepare en la “*Revista Médica del Uruguay*” en 1913. Se trata de una joven de 19 años que él examinó, es diagnosticada con histeria y presenta como síntoma principal un cuadro de ceguera parcial. Se presenta el diagnóstico y la terapéutica con los que fue curada.

Algunos elementos diagnósticos que aparecen dentro los antecedentes hereditarios son las “crisis de agitación histérica” (Etchepare, 1913, p. 113) que presentan sus hermanos y con respecto a su padre las “pesadillas terroríficas” (ibid., 113).

Como antecedentes personales de la paciente se describe una personalidad emotiva, se asusta con facilidad, presentando miedo excesivo hacia los ratones e imposibilidad de viajar en tranvía ocasionada por la presencia de mareos y otros síntomas. Se destaca su inteligencia y su interés exagerado por la lectura romántica, de esto agrega, “soñaba luego con lo que leía” (ibid., p. 114). Habitualmente tiene un período menstrual bueno y regular.

Se enumera una serie de datos que se sucedieron en la víspera de aparición de la ceguera como dolores de cabeza, golpe sin pérdida de conocimiento y pánico. Dentro de los signos que presenta en estos días hay un interés puesto en la emotividad de la paciente, se presenta como “triste y caída” (ibid., p. 114) y cuando sobreviene la ceguera que reacciona “sin gran sobresalto” (ibid., p. 114).

La ceguera se acompaña de una “crisis de agitación mental” (ibid., p. 115), movimientos de brazos, vivida con desesperación por no ver nada pero que concluye cuando se calma y se duerme. Presenta una “alucinación de su retrato” (ibid., p. 115) en el que la enferma dice ver su imagen reflejada en la pared. Para el médico es significativo que cuando es examinada se comporta tranquilamente.

Se examina la sensibilidad de los nervios ópticos y para descartar una lesión en estos órganos se realiza una consulta con un especialista. La indagación semiológica se completa con la descripción de una “amnesia extendida” (ibid., p. 116) al período que ha durado la ceguera, cansancio o astenia en la zona de las piernas.

Para Etchepare se trata de “un cuadro puramente mental” (ibid., p. 118). Se está ante una paciente “emotiva” (ibid., p. 118) que presenta la predisposición de la menstruación y contrajo los principales síntomas presentados. Sostiene Etchepare que la tranquilidad con la que se presenta la paciente deja en evidencia la “falta de conciencia” (ibid., p. 118) de su situación. Se diagnostica un cuadro “histeria negativa” (ibid., p. 118), dando énfasis a la simulación por parte de la paciente. De esta forma se pone el énfasis en el grado de sugestión, como aspecto etiológico que presenta la paciente.

Posteriormente, se refiere a Janet, su noción de “idea fija sonambúlica” (ibid., p. 118), que es utilizada como el factor explicativo que produjo la enfermedad. Este caso se trata de un cuadro de histeria con “sugestión negativa” (ibid., p. 118) en el cual es posible constatar que la percepción de la enferma se vio afectada y ésta no recuerda o “no tiene ni ha tenido conciencia completa” (ibid., p. 118)

En el tratamiento se aprecian elementos de terapia moral como el uso de la amenaza, mediante la cual Etchepare le comunica a su colega que va a realizar una punción lumbar y la paciente se “asusta” (ibid., p. 116). Luego de esto desaparece la ceguera. Se visualiza en el uso de la persuasión para hacerla caminar o en frases como “la tranquilizo, asegurándole que tengo la convicción de que ya está curada” (ibid., p. 116). Sin embargo, no parecería existir solamente un tratamiento moral, pues los “largos interrogatorios” (ibid.,

p. 114) parecerían referir a acciones realizadas por parte de Etchepare en una psicoterapia, haciendo eje en su influencia sobre la disminución del sufrimiento y la obtención de la cura: “pude seguir el tratamiento moral, la psicoterapia, dejándola al fin reconfortada” (Ibid., p. 117).

En relación a este aspecto indistinto entre terapia moral y psicoterapia podemos ubicar las referencias a las ideas freudianas. Etchepare sostiene en el texto: “He podido constatar su inteligencia en largas conversaciones que con ella he sostenido, con motivo de su enfermedad, y usando el procedimiento de Freud” (Ibid., p. 113). Mediante el mismo, descubriría que la paciente “nunca ha visto ciegos” (Ibid., p. 114) y que “(...) en este período, por medio de la conversación, pude hacerle recordar que en un cinematógrafo, había visto una escena que había olvidado completamente” (Ibid., p. 117).

Análisis:

Durante la presentación del caso, Etchepare hace referencia a elementos que desde el punto de vista psicoanalítico podrían tener relevancia. Sostiene que se ha conducido con el “procedimiento de Freud” (Ibid., p. 113) y que éste le ha aportado datos esenciales, sin embargo, no parece apreciarse con claridad qué es lo que ha hecho durante este “procedimiento” y de qué forma eso ha sido articulado en el caso.

Los “largos interrogatorios” (Ibid., p. 114) y la “conversación” (Ibid., p. 113) de Etchepare, parecieran ser esos momentos en los que se operaría a través del “procedimiento de Freud”. Parecería que en dicho “procedimiento”: pudo “hacerle recordar” (Ibid., p. 117), algo que había sido olvidado por parte de la paciente. Ante ello, hemos visto que, para Freud, buscar un recuerdo sería una “maniobra terapéutica” heredada de sus estudios con Charcot (Freud, 1893/1991, p. 36), que tenía un interés diagnóstico y terapéutico. ¿Es esta la lógica con la que se conduce Etchepare al referir al recuerdo?

La tesis freudiana sostenía que cuando el paciente lograba recordar las condiciones en que había aparecido el síntoma, éste desaparecía porque se lograba la exteriorización de un afecto sofocado (Freud, 1893/1991) pero si pensamos en el caso de Etchepare, éste deduciría que la ceguera desaparece cuando la enferma es amenazada (Etchepare, 1913 p. 116).

Es posible preguntarse qué aporta el recuerdo a Etchepare, qué aporta al tratamiento o al diagnóstico. Parecería que el recuerdo se viera relegado a un segundo plano durante la terapia moral, y ante la determinación del diagnóstico, a pesar de que incluso Etchepare

describe la escena olvidada del cinematógrafo. Quizás lo que entiende por “procedimiento de Freud” (ibid., p. 113) parecería ser el tratamiento catártico de la época de Freud con Breuer.

Notamos en el trabajo de Etchepare la referencia a los sueños y pesadillas que tiene la paciente, la forma en que se producen y el contenido de los mismos. Sin embargo, no se aprecia que alcance tendría el análisis de estos elementos desde el punto de vista terapéutico. Etchepare se encargaría de describir estos elementos, pero no parecería clara una conexión específica entre ellos y el tratamiento. La paciente sueña que “(...) conversaba con personas conocidas, con las amigas de la infancia. Decía que iba a ponerse trajes lindos y que se iba a lucir” (ibid., p. 114) ¿qué relevancia tendría, para Etchepare, referir a este sueño?

Estos elementos del sueño se vuelven a repetir en la descripción del caso. Por ejemplo, frente al cuadro de ceguera, la paciente es interrogada por mirar fijamente hacia un punto. La enferma relata ver su retrato y agrega que “(...) estaba en traje blanco, cuyo traje le fue regalado por sus padrinos” (ibid., p. 114). Sin embargo. Etchepare no analizaría el contenido del sueño ni explicitaría su importancia en el caso.

En una dirección contraria al trabajo de Etchepare, sería posible señalar que Freud produjo una doctrina sobre los sueños en la que encuentra una familiaridad entre éstos y los mecanismo de formación de los síntomas neuróticos (Freud, 1900/1991). En el texto de Etchepare, apenas es posible inferir cierta relación entre el contenido del sueño y el contenido de la alucinación de la enferma. Parecería que para Etchepare estos elementos no suscitarían un interés esencial.

Podemos preguntarnos porqué el médico no extrae o no profundiza en el valor y en el nexo que se produce entre ambos elementos, puesto que de conducirse con la lógica psicoanalítica debería presentar una articulación entre el sueño y la alucinación.

El lugar de estos signos en la comprensión del caso parecería ser, para Etchepare, el de corroborar que se trata de una joven “emotiva” (ibid., p. 118) y que no tenía por qué simular la pérdida de la visión para “hacerse la interesante” (ibid., p. 118). Por lo que, tales signos parecerían tener interés para el diagnóstico.

A partir del trabajo de Etchepare se puede interrogar sobre el valor que tendría el deseo en su práctica. Éste no parecería serle del todo ajeno cuando le presta atención a la paciente, “noto que tiene satisfacción de ser examinada y en decir lo que le pasa” (ibid., p.

En torno a la interacción médico-paciente, ¿podría establecer conexiones entre esta particularidad que se le vuelve significativa al médico y algún elemento que obtuvo en la “conversación” (ibid., p. 117)? El recuerdo olvidado era una escena que la paciente observó en un cinematógrafo. En la misma una niña había perdido la vista en un accidente y la recobró con un oculista. Es notable el lugar central del médico en ambas escenas: éste le hace recordar a la paciente.

Ante la influencia de Etchepare sobre la paciente, es posible notar como él presta atención a la satisfacción, ante lo cual cabe interrogarse: ¿esa “satisfacción” informaría sobre el deseo de ser “curada” o “examinada”? No se aprecia si Etchepare establecería el enlace de esa situación de satisfacción con el contenido del recuerdo olvidado, que desde la terapéutica psicoanalítica sería un aspecto central, tal como se expuso en este trabajo.

Ante ello se puede presentar comparativamente la explicación freudiana sobre el sentido del síntoma y cómo operar con él. La propuesta de Freud consiste en que las condiciones en que se produce el síntoma tienen conexión con los mecanismos psíquicos que se ponen a trabajar en la terapia analítica, por ello la resistencia y la represión son puntos ineludibles de la práctica (Freud, 1917/1991)

En el caso presentado por Etchepare sería posible inferir que el tratamiento sintomático tendría lugar en la articulación entre terapia moral y práctica psicoterapéutica³. Por lo tanto, es posible interrogarse ¿qué ha tomado Etchepare del “procedimiento de

³ Si bien durante los casos trabajados hay un predominio de la terapia moral es necesario diferenciar a la misma de la psicoterapia. La psicoterapia refiere a aquellos tratamientos que se sostienen en la influencia o relación entre paciente y terapeuta y se orientan al alivio del sufrimiento (Dunker, 2011). En el tratamiento moral se basa en una orientación de la razón, basada en una relación de interpelación, de sumisión a la autoridad del médico, ante la cual el alienado debe responder reconociendo esa autoridad. En este tratamiento, lo loco es entendido como un desvío de la razón, pero en el que subsiste algo de razón en el enfermo. Esto es condición para establecer el tratamiento (Huertas, 2010). Las maniobras del médico constituyen la terapéutica que permite interpelar al paciente, mediante un proceso de disciplinamiento y sometimiento del alienado a la dependencia de la autoridad del médico (Foucault, 1973-1974/2007). Sin embargo, sería posible notar que en la época existirían definiciones de psicoterapia donde se podría notar la ligazón de la terapia moral con la psicoterapia en nuestro medio, como muestra Duprat (1914): se entendería la psicoterapia como el conjunto de “medios destinados a demostrar al paciente el punto flaco de su voluntad (...) para curar o atenuar trastornos psíquicos (...) es el tratamiento de las enfermedades por medios psíquicos (persuasión, emoción, sugestión, distracción, educación, fe, consejos)” (Duprat, 1914, p.16). Véase cómo en esta definición se plantea a la psicoterapia como un procedimiento de cura y alivio del sufrimiento.

Freud”? Es interesante notar que Etchepare refiere a la “falta de conciencia” (ibid., p. 118) de la enferma en torno a su situación, pero Etchepare no parece dar cuenta de un proceso psíquico como la represión que permita explicar el funcionamiento psíquico (Freud, 1896/1991). Al contrario, introduce elementos puntuales que permitirían pensar que su práctica (psico)terapéutica, tomaría ciertos elementos del psicoanálisis, de los que sin detallar su valor para la comprensión del caso, quedarían reducidos a elementos secundarios marcados por un uso superficial.

3.2 Consideraciones bioquímicas sobre el Freudismo (Rossi, 1926)

Descripción general:

Esta conferencia de Dr. Santín Carlos Rossi apareció en la “*Revista Médica del Uruguay*” en 1926. En el mismo se discuten los fundamentos de la práctica psicoanalítica desde un punto de vista crítico y “combativo”. Se presentan dos casos a modo de ejemplo donde la etiología y la terapéutica psicoanalítica se ve cuestionada.

El autor sostiene que la teoría psicoanalítica abarca diversos campos y por lo tanto solo se centra en lo que respecta a los fines médicos (Rossi, 1926). Cuestiona la radicalidad psicológica del freudismo, en lo que refiere a su etiología, método de exploración, y terapéutica. Describe la etiología de la psiconeurosis referida por Freud y concluye que “La causa fundamental de las psiconeurosis, pues, es una libido insatisfecha” (ibid., p. 71).

El médico sostiene que en más de treinta y un observaciones de “estados neurasténicos, psicasténicos, ansiosos e histéricos” (ibid, p. 71) ha encontrado síntomas de referencia sexual, pero en ningunos ha comprobado que fueran la causa suficiente.

El primer caso trabajado se trata de una mujer que presenta los siguientes elementos semiológicos “manifestaciones eróticas” (ibid., p. 71) hacia personas de su entorno sobre un fondo de ansiedad, “delirio de referencia (...) caracteres del histerismo” (ibid., p. 71). El cuadro inició a los ocho días de que la enferma, se encontraba en reposo debido a una congestión pulmonar. En consecuencia, el médico sostiene:

(...) siguiente hipótesis Freudiana: esta enferma, que no tiene novio, pensó que iba a morir, y como probablemente tiene un complejo rechazado por su censura, que le hace desear la vida sexual, rompe todos los frenos ante la posibilidad de morir, sin conocer el placer sexual, y así apareció esta psiconeurosis (ibid., p. 72).

El cuadro se acompaña de trastornos orgánicos tales como fiebre, taquicardia, sobrealimentación y estado saburral de las vías digestivas. El médico se encarga de indicar un tratamiento para estos síntomas a base de medicamentos y concluye que luego de que estos remiten ya no encuentra “noticias sobre un complejo rechazado en la inconsciencia” (ibid., p. 72). Las manifestaciones ansiosas continúan a través de paroxismos, son tratadas con “psicoterapia” (ibid., p. 72) y el problema sexual es sustituido por una “serie de obsesiones hipocondríacas” (ibid., p. 72).

El otro caso es de un hombre de casi cuarenta años que presenta un “proceso de crisis psicasténica con un contenido aparentemente Freudiano” (ibid., p. 72). Descrito como un cuadro de panofobia que presenta dudas, en el que el paciente se muestra lúcido, “tiene novia (...) vida sexual” (ibid., p. 72) regular. El cuadro físico es caracterizado como el típico de los ansiosos por presentar síntomas como insomnio, inapetencia, náuseas, cansancio, etc.

Ante este caso Rossi resuelve mantenerse dentro de lo que considera el dominio freudiano, porque el cuadro presenta las condiciones más idóneas y utiliza la expresión “(...)empiezo a psicoanalizar. Tengo un tema espléndido: el que no quiere casarse, y sobre él empiezo al ataque” (ibid., p. 73). Pero no encuentra elementos psicológicos que expliquen el problema, constatando que “duda de todo” (ibid., p. 73), aunque si constata un elemento sintomático, era una reacción a cualquier episodio “asténico”, principalmente a los “complejos económicos”. (ibid., p. 73)

En este caso como en el anterior, Rossi sostiene que el paciente no ha sido “curado” de sus crisis por el psicoanálisis, particularmente fue necesario en este último el uso del hierro, arsénico, opoterapia poliglandular y estriquina (ibid.)

Análisis:

Rossi sitúa una crítica al psicoanálisis que recae sobre la concepción etiológica de la neurosis y la técnica que Freud elabora en consecuencia. Parecería referir así al problema de las “causas suficientes”, lo que el psicoanálisis ubica en la sexualidad y su correspondiente terapéutica, sería para Rossi inconcebible: “Miraría el dogma pansexualista como factor etiológico con una tolerancia hecha más que nada de indiferencia, si no estuviera tan ligado a la terapéutica” (Ibid., p. 74).

Pese a reconocer la eficiencia del método catártico Rossi sostiene que es imposible

curar solo con palabras, que es riesgoso emplear método catártico, y que la terapia sobre la sexualidad es peligrosa, puesto que se desconocen los efectos nocivos que puede provocar en el enfermo. (Ibid.)

Al contrario de ello es posible señalar que Freud en la conferencia "*Psicoanálisis y Psiquiatría*" (1917/1991) sostuvo que el psicoanálisis puede aportar una comprensión del síntoma de la cual no puede hablar el psiquiatra: "Querrán ustedes saber por qué la psiquiatría científica no quiere darnos más referencias. (...) Digamos que el psiquiatra, justamente, no conoce ningún camino que lo haga avanzar más en el esclarecimiento de un caso de esta índole." (Freud, 1917/1991, p. 230).

Ante los casos presentados por Rossi, nos interrogamos sobre el posible papel de la represión y la resistencia, ya que ellos determinarían la terapia misma en psicoanálisis, ¿pero ocurre lo mismo en esta presentación de Rossi? Con el método catártico las maniobras técnicas coinciden con el esfuerzo por curar la enfermedad (Freud, 1893/1991). Sin embargo, cabe preguntarse, ¿es esta la lógica que siguió Rossi en sus casos?: ¿A qué refiere Rossi cuando habla de "hipótesis Freudiana" o "contenido Freudiano"? Las expresiones parecerían sugerir que el médico sospecha que es la sexualidad lo que desató la enfermedad. Se insinuaría que hay un "complejo sexual" (Rossi, p. 73) que se escondería sobre el síntoma de la duda generalizada y particularmente, sobre la duda del paciente de casarse con su novia.

Rossi refiere a su trabajo clínico a través de diferentes "indagaciones retrospectivas" (ibid, p. 73) o sueños. ¿Este trabajo sería su forma de practicar el psicoanálisis? Si es así, no se encontrarían materiales que expliquen el síntoma y su relación con otros elementos como los sueños, o la dirección terapéutica, aspectos que aportaría el psicoanálisis a las comprensión del psiquiatra, tal como acabamos de mostrar la exposición freudiana.

Es interesante notar que Rossi sustituiría el complejo sexual por un complejo económico, al cual le adjudica los motivos de la enfermedad. A pesar de ello no profundiza sobre el diagnóstico en ninguno de los dos casos, más bien parecería comprenderlos como estados neuróticos sin hacer alusión a su especificidad. Del caso de la mujer da la referencia de "caracteres del histerimos" (ibid., p. 71) y del hombre "crisis psicasténica" (ibid., p. 72) pero no aparecería la relación que guardan los síntomas con la etiología para comprenderlos y realizar estos diagnósticos⁴.

⁴ Pareciera que en psicoanálisis el diagnóstico tiene un papel secundario en la dirección de la terapéutica pero en psiquiatría es un aspecto esencial para las indicaciones terapéuticas por eso

A diferencia de Rossi, en la obra de Freud los mecanismos psíquicos que operan en la producción del síntoma fueron caracterizados en diferentes trabajos y son una referencia ineludible para comprender el caso. Eso se aprecia en *Obsesiones y fobias* (1895/1991) y en *Las neuropsicosis de defensa* (1894/1991).

Como presentamos en el apartado sobre la sexualidad en la teoría freudiana, el conflicto sexual que desata la neurosis remite a nociones como las de zona erógena, pulsión, objeto libidinal (Freud, 1905/1991). Si bien Rossi hace una breve explicación sobre la dinámica inconsciente, y se refiere con nociones como captar lo “rechazado en la inconsciencia” (Rossi, 1926, p. 72) o formula su “hipótesis freudiana” (ibid., 72), podríamos ubicar tensiones con estos presupuestos y la dirección del tratamiento que ha seguido, o la explicación que ha dado sobre la comprensión sintomática.

Volviendo al texto de Rossi, en torno a su relación con el psicoanálisis, pareciera que el autor se conduciría de una forma diferente en este texto de 1926 que en el caso publicado en 1916 *Contribuciones al Psico-análisis*, también publicado en *Revista Médica del Uruguay*. En dicho artículo Rossi parecería adoptar una posición más cercana a los tiempos del trabajo de Freud y Breuer, así como de la influencia recibida por la escuela de Charcot, sin dejar de aclarar que se trata de un caso experimental (Rossi, 1916).

Allí presenta un cuadro que es diagnosticado con histeria por corroborar la hipótesis de que es originada por un “traumatismo psíquico”, ante lo cual Rossi declara no concebir la histeria sin un origen emotivo. Incluso se abstiene de indicar un tratamiento físico por considerar, citando a Freud, que “los histéricas sufren de reminiscencia” (ibid., p. 729).

Esta parecería ser la lógica para conducirse en el tratamiento, fiel a los fines terapéuticos que Freud y Breuer, que buscaban la cura con el método catártico. En 1926 la actitud de Rossi es absolutamente diferente, pues es criticar a Freud, y desaconsejar el uso de su propuesta.

Ante esta crítica, es importante destacar que en la conferencia de Etchepare “*Sobre Psicoanálisis*” (1925/1926) se realizan referencias al texto aquí presentado por Rossi -publicado en 1926-, se muestran varias críticas a Freud y se plantea que “los propios freudianos exigirían un conocimiento extraordinario sobre todo en la interpretación”

hemos optado por observar qué es lo que ocurre en este caso. Además recordamos la referencia freudiana en la que sostiene lo positivo que aportaría el psicoanálisis a la psiquiatría para la comprensión de un síntoma.

(Etchepare, 1925/1926, p. 78), ante ello habría que preguntarse si “la exigencia de los freudianos” no sería necesaria ante las críticas contra el psicoanálisis de Etchepare y Rossi, Por ello preguntamos: ¿hasta que punto estos psiquiatras interpretan bien la obra freudiana?

El texto de Rossi parecería estar en sintonía con la conferencia de Etchepare, en el que aparecen argumentos que desacreditan la concepción bisexual del ser humano de Freud, poniendo énfasis en los órganos genitales (Etchepare, 1925/1926).

Es posible preguntarse por qué en Rossi y Etchepare aparece esta actitud tan opositora a estos aspectos del psicoanálisis cuando, según Ellenberger (1974), muchos de los argumentos de Freud en relación a la sexualidad ya eran parte del ámbito científico. Parecería que los médicos observarían de forma despectiva la difusión de aspectos doctrinales de la obra freudiana en distintas partes del mundo (Etchepare, 1925/1926).

3.3 Neurosis de angustia por Varicocele (Sicco, 1936)

Descripción general:

Este artículo fue publicado en 1936 en la “*Revista de Psiquiatría del Uruguay*” por el Dr. Sicco. El mismo presenta una exposición de nueve historiales clínicos que acompañan la exposición de una hipótesis etiológica sobre la neurosis de angustia.

En el texto hay un interés central por la descripción clínica que Freud (1894/1991) realizó de la neurosis de angustia y sus postulados etiológicos. Se destaca que un número importante de casos presentan un diagnóstico de neurosis, cuando se manifiestan causas sexuales, especialmente el “coitus interruptus” (Sicco, 1936, p. 12), el “conflicto psíquico” (ibid., p. 12) y el varicocele, e inclusive cuando ello no se presenta.

En un caso trabajado por Sicco se constata un cuadro de neurosis. Se trata de un hombre de treinta y dos años. Dentro de sus antecedentes hereditarios se hace referencia a su padre que tuvo “afecc. nerviosa” (ibid., p.7) curada a los treinta y cinco años. En los antecedentes personales aparece una orquiepididimitis blenorragica a los diez y siete años. Es presentado con una personalidad tranquila que empezó a padecer mareos y “puntadas” (ibid., p.7) en el corazón. Se descarta, además, enfermedad cardíaca, y se describe que el enfermo siente dolor en el cuello, la nuca, “lo peor es la sensación vertiginosa” (ibid., p. 7).

Dentro de la situación social del paciente, se detalla que está casado y que presenta

“coito (...) regular y completamente normal” (ibid, p.7). Su situación laboral es buena al igual que el relacionamiento con su entorno, “si le quitaran su afección sería feliz” (Ibid., p. 7).

Se detalla su estado físico, cardíaco, motor, y el paciente agrega: “toda la vida tuve los testículos caídos y a veces me dolían y tenía que suspenderlos” (Ibid., p. 7). Se realiza un tratamiento medicamentoso con el que presenta mejoras.

El otro caso presentado es el de un hombre de treinta y cuatro años, abogado de profesión, casado y con hijos. Dentro de los antecedentes personales se distingue “una crisis de angustia y vertigos” (Ibid., p. 8) que variaron en su intensidad a lo largo de un año. El tratamiento medicamentoso provocó las mejoras en su momento. Tiene una buena relación con su esposa e hijos. En el momento actual ha tenido que abandonar el trabajo porque el estado reapareció. “Lo que más le molesta es la sensación de angustia que localiza en el bajo vientre” (Ibid., p. 8)

Se describe su relación sexual como normal, pero practica abstinencia porque “habiendo experimentado una gran depresión después de un coito pensó que la actividad sexual podría perjudicarlo” (Ibid., p. 8).

Análisis:

En ambos casos se volvería un punto significativo las condiciones en que se desarrolla la práctica sexual del enfermo, la frecuencia y regularidad, así como el motivo de su ausencia cuando hay abstinencia. Ante ello, Freud desarrolló diferentes teorías sobre la neurosis, angustia⁵ y su relación con la sexualidad y su dimensión etiológica. Sicco parecería referirse solo a una de esas teorías.

Existiría en el texto de Sicco una influencia de las ideas freudianas que permitirían pensar que “el mecanismo de la neurosis de angustia ha de ser buscado en la desviación de la excitación sexual somática” (Sicco, 1936, p. 13), y el varicocele se anudaría como factor etiológico para que suceda tal mecanismo.

En una conferencia en que presentó estos desarrollos Sicco sostuvo que:

(...) es el motivo psicológico, cuando la conciencia del enfermo descubre el varicocele y allí detiene su atención, fijando en la afección genital y tomándola como base de sus preocupaciones hipocondríacas y tema de su delirio. Es la causa somática cuando el varicocele altera el testículo y la secreción glandular, perturbando la libido (por debajo de la conciencia) y favoreciendo su transformación en angustia” (Sicco, p. 47, 1937)

⁵ Teorías de la angustia

Sicco parecería estar articulando, en su trabajo, textos freudianos que provienen de un momento de la obra psicoanalítica muy tempranos ya que parecería referirse a elementos presentados en *“Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”* (1895/1991), la que se apoya en las conceptualizaciones del *“Manuscrito E”* (1894/1991) y *“Proyecto de Psicología”* (1895/1991) (Bercherie, 1988).

Ante ello nos preguntamos, ¿Cuál es el lugar que tiene la primer teoría de la angustia freudiana (Freud, 1895/1991) en la comprensión clínica de Sicco? pareciera que en Sicco (1936) se liga la libido a lo orgánico, en particular al varicocele. Existiría, además, un interés de Sicco por la práctica sexual, pues presta atención a cómo los pacientes viven el acto sexual, al punto de dar cuenta de la sensación displacentera que este acto ha ocasionado, así como a la depresión en la que han caído. Y si bien refiere a la idea de “conflicto psíquico” y al intento del médico por lograr una “confesión sincera de su vida sexual” (Sicco, 1937, p. 42.), se hace eje en el tratamiento medicamentoso.

Al estudiar este texto de Sicco parecería instalarse una tensión con la descripción clínica de la neurosis de angustia por un lado y una concepción organicista de la neurosis. El componente orgánico del cuadro parecería acaparar la atención del médico para realizar la terapéutica. Aunque el médico identifica otros momentos de la obra de Freud donde hay una concepción y trato diferente a la angustia no aparecerían sus alcances por el trasfondo organicista que presentaría la concepción de Sicco.

Esta tensión remite a un punto problemático en la obra de Freud que lo llevó a adoptar posiciones diferentes para resolver la relación entre los fenómenos psicológicos y orgánicos. Sicco (1936) pareciera ir por la vía abierta por Freud (1894/1991) que supone a la angustia como libido trasmudada cuando el enfermo experimenta una frustración actual. Sin embargo, Sicco (1936) no proporcionaría elementos que refieran a la angustia desde otro punto de vista freudiano que permitieran descartar o afirmar otros aspectos clínicos para sus argumentos. Aún así es apreciable el conocimiento de diferentes aspectos y discusiones de la teoría psicoanalítica que el psiquiatra domina.

4. Conclusiones

En el presente capítulo se realiza una síntesis de los elementos provenientes de los casos. Con éstos hemos discriminado tres modalidades de presentación de la inscripción de las ideas freudianas en la psiquiatría uruguaya, en el período 1900-1940.

En un primer momento pareciera tener lugar una referencia a las conceptualizaciones psicoanalíticas dentro de una dinámica general de falta de comprensión en las que se perdería lo esencial de su aporte o lo que fue captado por la mirada del médico. Parecerían quedar como elementos dispersos, datos secundarios o subvalorados de la observación que el médico realiza en relación a los sueños y el recuerdo. Vemos que en *Ceguera Histérica* (Etchepare, 1913) se hace referencia a la terapia moral como la terapéutica a través de la cual se alcanzó la remisión sintomática, y en cambio, no aparecería nada en relación al peso que tendría para el tratamiento el recordar una situación que guarda relación con la ceguera.

Hemos destacado que esto último fue uno de los pilares en los que se sostuvo el tratamiento catártico de Freud y Breuer (Freud, 1893/1991) y ello no aparecería en el caso, aunque se refiere al “procedimiento de Freud” y como mediante él se lograría obtener el recuerdo. La eficacia del procedimiento pareciera estar referida a la posibilidad de establecer un tipo de relación que permite recuperar datos de la vida de la paciente más que a su remisión sintomática.

No obstante, en un texto muy cercano como es *Contribuciones al estudio del Psico-análisis* (Rossi, 1916) pareciera que el aspecto catártico del psicoanálisis es mirado con mayor simpatía.

A diferencia de ello, lo que podría apreciarse en *Consideraciones bioquímicas sobre el Freudismo* (Rossi, 1926) es una fuerte oposición e intento por desacreditar las pretensiones del psicoanálisis. El autor no comparte la práctica psicoanalítica, por su intrínseca relación entre etiología y terapéutica, ni los fundamentos en que esta se sostiene, en la particular la concepción de sexualidad.

Este período estaría muy marcado por la presencia de Etchepare en el ámbito psiquiátrico. En este trabajo mencionamos su lugar como director de la Cátedra de Psiquiatría y su concepción anatomo-funcionalista (Murguía y Soiza Larrosa, 1987) de la enfermedad mental. Por eso, podemos pensar que esta posición está en relación con los obstáculos que se levantan contra el psicoanálisis en este caso así como la diferencia

doctrinal que referimos en *Sobre Psicoanálisis* (Etchepare, 1925/1926), aunque no descartaríamos el papel del moralismo, como un factor que impediría aceptar la doctrina freudiana.

En las primeras décadas del siglo XX se observaría un gran interés en psiquiatría, a nivel nacional, por la psicoterapia y las diferentes técnicas que permiten abordar las enfermedades mentales (Gambini, 2019). Esto puede pensarse como un posible facilitador de la entrada del psicoanálisis en tanto psicoterapia, la cual se orienta principalmente a la neurosis y la histeria. Incluso nos referimos a esta relación que mostraría al psicoanálisis como una entre otras técnicas en psicoterapia. Un primer Rossi (1916) parecería prestar consideración a las definiciones etiológicas freudianas y los aspectos curativos del método catártico, (aunque no se profundiza demasiado) pero como hemos dicho, posteriormente hay un ataque a los aspectos doctrinarios y fundamentales del psicoanálisis, marcando una posición totalmente diferente y opuesta (Rossi, 1926).

Esa segunda posición muestra Rossi a realizando fuertes críticas sobre la técnica “ni he curado ni creo posible que nadie cure a un psiconeurótico solamente con palabras” (Rossi, 1926, p.74) y hacer foco en lo orgánico, considerando “la patogenia de la psiconeurosis requiere una perturbación material, fisicoquímica(...)” (Ibid., p. 75).

Podríamos ubicar la muerte de Etchepare en 1925 como un mojón, con el que sin afirmar que las críticas cesaron, es posible observar, con lo trabajado en Neurosis de angustia por varicocele (Sicco, 1936) una lectura más interesada por los aportes del psicoanálisis.

Se apreciaría un especial interés por la descripción clínica hecha por Freud en torno a la neurosis de angustia, (Freud, 1983/1991), así como un intento de definir las condiciones en que se manifiesta la neurosis, contribuyendo a su comprensión y profundizando desde el punto de vista etiológico, la investigación clínica de dicha categoría (Sicco, 1936). Se contemplaría, además, el lugar de la sexualidad en la enfermedad mental ya sea como un aspecto etiológico que la produce o la alimenta, y existiría un conocimiento más amplio sobre la literatura analítica. Puntualizaríamos aquí otra posición en relación a la obra freudiana.

En este trabajo vimos que hacia la década del 30' la sexualidad empieza a tener un interés especial por parte de la psiquiatría en el Uruguay (Gambini, 2018). Parecería que, en tanto la práctica sexual se vuelve un objeto sobre el cual intervenir, existiría, un mayor

interés por describir las formas y condiciones en que los pacientes desarrollan su sexualidad. Por lo tanto, podría pensarse que el psicoanálisis empezaría a verse de forma más favorable, ya que su inscripción aportaría respuestas etiológicas y terapéuticas sobre la sexualidad normal y patológica.

La relación que vemos en este período entre la psiquiatría nacional y el psicoanálisis es compleja. Pareciera que durante el período 1900-1940 se presentarían diferentes resistencias y obstáculos a la articulación de la práctica analítica, del estilo que hemos visto en los argumentos expuestos en *Sobre Psicoanálisis* (Etchepare, 1925/1926).

Diferentes factores podrían contribuir a esa oposición, aquí hemos sostenido que algunos psiquiatras verían que psicoanálisis sostiene fundamentos que se opondrían a los principios de la psiquiatría nacional, no sólo por razones clínicas, sino, probablemente, a través de una oposición moralista contra la doctrina freudiana.

Luego de la muerte de Etchepare (1925) podría pensarse que el psicoanálisis se inscribiría con más facilidad, como un saber sobre la sexualidad, en tanto este aportaría elementos para la teoría y la práctica psicoterapéutica. Ante ello, no podemos dejar de notar que se presentaría, en los casos estudiados, una "lectura organicista" de la obra freudiana, que hace eje en lo orgánico como elemento causal de la enfermedad, como ocurriría con el varicocele. Ni descartaríamos que posterior a este mojón encontraríamos fuertes críticas al psicoanálisis pero hemos intentado destacar la presencia de una lectura más amigable a Freud y con un conocimiento más profundo de su obra.

Ante ella podríamos cerrar el trabajo con una referencia de Freud en torno a la relación entre psicoanálisis y psiquiatría: "Me concederán que en la naturaleza del trabajo psiquiátrico no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica. Son entonces los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría." (Freud, 1917/1991,p. 233).

Bibliografía

- Agamben, G. (2010). *Signatura rerum. Sobre el método*. Barcelona: Anagrama.
- Assoun, P. L. (2001). *Introducción a la epistemología freudiana*. México: S.XXI.
- Barrán, J (1993). *La medicalización de la sociedad*. Editorial Nordan-Comunidad. Montevideo.
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos 3. la invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental.
- Bercherie, P (1988). *Génesis de los conceptos freudianos*. Argentina: Editorial Paidós.
- Cáceres A. (1936) Manifestaciones artísticas en asilados del Hosp. Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, 44-57.
- Casarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 71 (2), 153-163.
- Dunker, C. (2011). *Estructura e constituição da clínica psicanalítica*. Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. Brasil, Annablume.
- 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. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5329296>
- Duffau, N (2019). *Historia de la locura en el Uruguay (1860-1911). Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*. Montevideo: Ediciones Universitarias, Universidad de la República.
- Duprat. P.D. (1914). De los Agentes Terapéuticos en general. *Revista Médica del Uruguay*. Montevideo, 77-107
- Ellenberger, H (1974). *El descubrimiento del inconsciente*. Madrid: Editorial Gredós.
- Etchepare, B (1913). Ceguera Histórica. *Revista Médica del Uruguay*. Montevideo, 113-119.
- Etchepare, B (1926). Sobre Psicoanálisis. *Revista Médica del Uruguay*. Montevideo, 77-83.

Freud, S. (1893-1895/1992). *Estudios sobre la histeria*, Obras Completas, Vol II,. Bs As: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1893-1899/1991). *Primeras publicaciones psicoanalíticas*, Obras Completas, Vol III. Bs As: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1900/1991). *La interpretación de los sueños*, Obras Completas, Vol IV. Bs As: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1901-1905/1992). *Fragmento de un caso de histeria (Dora), Tres ensayos sobre teoría sexual*, Obras Completas, Vol VII. Bs As: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1911-1913/1992). *Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras*, Obras Completas, Vol XII. Bs As: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1914-1916/1992). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Trabajos sobre metapsicología y otras obras*, Obras Completas, Vol XIV. Bs As: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1916-1917/1991). *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)*, Obras Completas, Vol XVI, . Bs As: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1923-1925/1992). *El yo y el ello, y otras obras*, Obras Completas, Vol XIX. Bs As: Amorrortu Editores.

Foucault M (1973-1974/ 2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: FCE.

Garbarino, M (1988). Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Recuperado de: <https://www.apuguay.org/apurevista/1980/1688724719886801.pdf>

Gambini M. (2018) Recepción de las ideas freudianas en la psiquiatría del Uruguay entre 1899-1940. *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/>

Gambini, M (2019). Inscripción de las ideas freudianas en el ámbito psiquiátrico del Uruguay (1899-1940) y su relación con el problema de la transferencia. Montevideo: En Revista Uruguaya de Psicoanálisis.

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. Disponible en: <http://revistaaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16501/16342>

Mira Y López E. (1940). Teoría y práctica del psicoanálisis. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, 47-56.

Murguía, D & Soiza Larrosa, A (1987). Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo, 169-179.

Navarro F. A. (1938) Conferencia Sobre Psicoanálisis. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, 3-37.

Payssé C. (1936) Psicogénesis de un parricidio. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, 34-70.

Rossi, S.C (1916). Contribuciones al estudio del Psico-análisis. *Revista Médica del Uruguay*. Montevideo, 725-729.

Rossi, S.C (1926). Consideraciones bioquímicas sobre el freudismo. *Revista Médica del Uruguay*. Montevideo, 69-76.

Sicco, A (1936). Neurosis de angustia por Varicocele. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo, Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, 5-13.

Sicco, A (1937). Varicocele y neurosis de angustia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo, Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, 35-48.