



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Tesis para optar al Título de Magister en Psicología Clínica

**RECEPCIÓN Y DISEMINACIÓN DE LAS IDEAS PSICOANALÍTICAS EN EL URUGUAY:  
DE LA PSIQUIATRÍA DEL NOVECIENTOS A LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

AUTOR: JIMENA BOFFA

DIRECTORA DE TESIS: PROFESORA TITULAR FLORA SINGER SZTAJNIC

Montevideo, Uruguay

2016

## Resumen

La siguiente tesis tiene por objetivo realizar un análisis de los movimientos transformativos que dieron lugar a la constitución de la clínica psicoanalítica en el país y de las particularidades que asumió el proceso de diseminación de las ideas psicoanalíticas en este contexto.

El psicoanálisis ha vivido, desde sus comienzos, un proceso de diseminación, trasmisión e integración que lo ha llevado a nuevos contextos geográficos, culturales y académicos. Ha transitado un proceso de legitimación científica, académica, social y cultural, con un fuerte impacto en las prácticas clínicas referidas al sufrimiento humano.

En nuestro país la llegada de las ideas psicoanalíticas se ha dado principalmente desde dos ámbitos académicos distintos: la medicina y la educación. En lo que refiere a la presente tesis, esta se centrará en los movimientos que se sucedieron a partir de los cambios en la psiquiatría del Novecientos y que dieron lugar al proceso de integración de las ideas psicoanalíticas en nuestro país. Procesos de desplazamientos, continuidades y puntos de ruptura, que permitieron configurar, a partir de allí, un ámbito específico de formación, producción y trasmisión del psicoanálisis en el contexto local.

Las particularidades y características singulares que adoptó este proceso serán estudiadas apelando al enfoque arqueológico propuesto por Michel Foucault y su aporte sobre el estudio de las formaciones discursivas. Las ideas de Georges Canguilhem en relación con las formaciones de los conceptos y las nociones sobre desplazamiento y continuidad, propuesta por dicho autor, serán tomadas también para el análisis de los textos estudiados.

La obra teórico-clínica del psiquiatra uruguayo Rodolfo Agorio constituirá el material central sobre el cual se realizará el estudio. Su doble condición: de psiquiatra, en los comienzos de su vida académica, y su labor como psicoanalista y participante activo del grupo fundador de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) justifica la elección de su caso.

**Palabras claves:** Psicoanálisis, psiquiatría del Novecientos, diseminación-recepción.

## Abstract

The following thesis aims to make an analysis of the transformative movements that gave rise to the constitution of the psychoanalytic clinic in the country and the particularities assumed by the process of dissemination of psychoanalytic ideas in this context. The psychoanalysis has experienced a process of dissemination, transmission and integration that has led to new geographical, cultural and academic contexts. It has come a process of scientific, academic, social and cultural legitimation, with a strong impact on clinical practice of human suffering.

In our country the arrival of psychoanalytic ideas has taken place mainly from two different academic fields: medicine and education. As regards this thesis, this focus on movements that occurred from changes in the psychiatry of the twentieth century and which gave rise to the process of integration of psychoanalytic ideas in our country. Displacement processes, continuities and break points, which allowed to set a specific field of formation, production and transmission of psychoanalysis in the local context. The particularities and unique characteristics that adopted this process will be studied by appealing to the archaeological approach proposed by Michel Foucault and his contributions to the study of the discursive forms. G Ganguilhem ideas regarding the formation of concepts and notions of displacement and continuity proposed by that author will be taken into account in the analysis of the texts studied.

The theoretical work of the Uruguayan clinical psychiatrist Rodolfo Agorio constitutes the core material on which the study will be conducted. His dual role: as a psychiatrist in the beginning of his academic life, and his work as a psychoanalyst and active participant in the founding group of the Psychoanalytic Association of Uruguay (APU) justifies the choice of your case.

**Key words:** Psychoanalysis, Nine hundred Psychiatry, dissemination-reception

# Índice

Resumen	2
Abstract	3
Agradecimientos	6
Introducción	8
Entre la psiquiatría del Novecientos y el advenimiento de las ideas psicoanalíticas	8
1. Capítulo I: Los aspectos metodológicos	12
1.1. Foucault y su enfoque arqueológico	12
1.2. Canguilhem y sus aportes sobre la investigación epistemológica	15
2. Capítulo II. Contexto histórico	17
2.1. La sociedad del Novecientos y el paradigma médico: de la sociedad «bárbara» al paradigma de la sociedad civilizada	17
2.2. El sujeto anatómico-moral de la psiquiatría del Novecientos	20
2.3. La recepción de las ideas psicoanalíticas en el Uruguay	24
3. Capítulo III. Algunas consideraciones sobre la epistemología psicoanalítica	30
3.1. Hacia una nueva noción de sujeto: aportes del pensamiento freudiano	30
3.2. Las ideas psicoanalíticas y la ruptura epistemológica	32
4. Capítulo IV. La figura del psiquiatra uruguayo Rodolfo Agorio	35
4.1. Entre la psiquiatría y el psicoanálisis: Agorio	35
4.2. Las publicaciones de Rodolfo Agorio	38
4.2.1. Publicaciones en la <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i>	38
4.2.2. Publicaciones en la <i>Revista Uruguaya de Psicoanálisis (RUP)</i>	39
4.3. El recorrido de Agorio	40
La etapa psiquiátrica-biologicista (1935- 1955)	40
La etapa psicoanalítica-kleiniana (1955- 1970)	40
La etapa psicoanalítica freudiana y posfreudiana (1970- 1980)	41
5. Capítulo V. La etapa psiquiátrico-biologicista de Agorio	43

5.1. La etiología multicausal de la enfermedad mental: entre las causas orgánicas y las causas sociales, morales y psicológicas .....	43
5.2. La enfermedad mental: de los factores orgánicos a la participación de las causas sociales, morales, intelectuales .....	48
5.3. De la perspectiva moral hacia la lógica prevencionista .....	53
5.4. El caso Juan T: del discurso médico al discurso del paciente .....	56
5.5. Las referencias a Freud, una necesidad instrumental .....	60
<b>6. Capítulo VI. La etapa kleiniana de Agorio _____</b>	<b>64</b>
6.1. La institucionalización del psicoanálisis en el Uruguay .....	64
6.2. Agorio y la teoría kleiniana: la primacía del mundo interno.....	66
6.3. La integración de la teoría kleiniana en el caso de Agorio: entre continuidades y rupturas .....	69
6.3.1. La continuidad de lo moral, lo social y sus relaciones con el conflicto interno .....	69
6.4. Cambios en los discursos y prácticas en Agorio a partir del advenimiento de la teoría kleiniana.....	72
En cuanto al proceso de enfermar: de la etiología a la significación etiológica. El lugar de la familia. De la enfermedad al enfermo. ....	73
Del proceso de percepción al de elaboración: no se percibe solamente, sino que se construye la realidad.....	74
El lugar del sujeto, su discurso y la noción de verdad .....	74
Vínculo terapéutico: el reconocimiento de la transferencia .....	75
El reconocimiento de los aspectos sexuales en el conflicto del sujeto y la génesis de la enfermedad. ....	76
6.5. El sujeto de la interpretación .....	77
6.6. Las referencias a Freud .....	80
6.6.1. De la referencia a Freud en la etapa kleiniana de Agorio .....	80
6.6.2. Freud, en primer lugar .....	84
<b>7. Reflexiones finales _____</b>	<b>88</b>
<b>8. Referencias bibliográficas _____</b>	<b>93</b>

## **Agradecimientos**

A la profesora Flora Singer, mi tutora, por la rigurosidad, dedicación, paciencia y todo lo aprendido en este recorrido, que no fue corto.

Al profesor Guillermo Milán Ramos por los aportes y orientación en el tema de investigación, y al equipo de trabajo del proyecto de investigación Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay, por haber sido parte fundamental en la elección del tema, y fuente de documentos sobre él.

A mi familia, por el esfuerzo y el sostén, no solo en la tesis, sino en todo este recorrido de estudio y formación.

A mis amigos, por las palabras de aliento y los ratos de lectura dedicados a la tesis.

A Rodolfo Agorio, sus colegas psiquiatras, y a todos aquellos que se animaron a emprender el desafiante recorrido en la formación y trasmisión del legado freudiano.

La historia de una ciencia no debiera ser una mera colección de biografías y todavía menos un cuadro cronológico adornado con anécdotas. Tiene que ser también una historia de la formación, de la deformación y de la rectificación de los conceptos científicos.  
*Études*, p. 235, en George Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, 1971, p. 7

Más allá de la historia de tal o cual problema particular, queremos esbozar una historia de los remodelamientos de conjuntos de obras, y del pasaje de un cierto equilibrio o cierto desequilibrio estructural a otro estado de pensamiento.  
Jean Laplanche, *Vie et mort en psychanalyse*, p. 82.

Los momentos decisivos de la vida cuando la dirección cambia para siempre, no están siempre marcados por un dramatismo ruidoso. De hecho los momentos dramáticos de las experiencias determinantes frecuentemente son increíblemente discretos. Cuando presentan sus efectos revolucionarios y se aseguran de que la vida se demuestre en una nueva luz, lo hacen en silencio. Y en ese maravilloso silencio reside su nobleza especial.  
Amadeu do Prado, *Tren de noche a Lisboa* (película).

# Introducción

## Entre la psiquiatría del Novecientos y el advenimiento de las ideas psicoanalíticas

El psicoanálisis, desde sus comienzos, ha generado tanto adhesiones y elogios como críticas y ataques. Lo cierto es que sus ideas no han pasado inadvertidas, no solo dentro de ámbitos académicos y científicos vinculados a la salud mental, sino en otros escenarios de la cultura y la sociedad.

El propio Sigmund Freud presentó al psicoanálisis como una revolución. Con sus ideas sobre el mundo inconsciente, los deseos reprimidos, la sexualidad, entre otras, impactó al mundo académico y subvirtió a la ciencia y a la cultura de principios de siglo.

Freud integra junto con Karl Marx y Friedrich Nietzsche el grupo de los «pensadores de la sospecha» según Paul Ricoeur; quien en 1965 acuña esta expresión en su libro *Freud: una interpretación de la cultura*, para referirse a estos tres pensadores del siglo XIX que ponen en cuestión, con sus pensamientos, los postulados de objetividad, racionalidad y verdad propios de la modernidad (Klimovsky, 1989).

Los tres mantuvieron una actitud crítica con la sociedad burguesa, pusieron en evidencia la crisis del sujeto predicado por la ciencia positivista y develaron las complejidades y sentidos «ocultos» que condicionan, según ellos, una falsa percepción de la realidad. Freud hace lo suyo con el descubrimiento de las pulsiones inconscientes y, con esto, el cuestionamiento al mundo consciente en su pretendido carácter de único regulador de la vida del sujeto.

De esta manera se modifica profundamente la concepción sobre el sujeto: ya no es solo expresión de sus condicionamientos biológicos y morales, sino que la historia, la cultura, los condicionamientos psíquicos son aspectos privilegiados que lo constituyen y determinan.

El vocabulario freudiano ha irrumpido y conquistado la literatura, la filosofía y aún la política de nuestras latitudes. Quizá no es erróneo afirmar que el psicoanálisis se ha transformado en una ideología y aún en una teología psicológica, con la cual muchos de nuestros conciudadanos se guían en medio de intrincados problemas sociales e individuales (Klimovsky, 1989).

El psicoanálisis ha vivido, desde sus orígenes vieneses, un proceso de diseminación, trasmisión e integración a nuevos contextos geográficos, culturales y académicos (Dunker, 2011). Ha transitado un proceso de legitimación científica, académica, social y cultural, con un fuerte impacto en las prácticas clínicas referidas al sufrimiento psíquico.

Se entiende la diseminación como un proceso complejo en donde las ideas freudianas se van integrando a los contextos académicos y culturales, y determinan cambios en el pensamiento y prácticas clínicas. Un proceso que, lejos de ser lineal, supone la coexistencia e interjuego entre los saberes hegemónicos y las nuevas ideas; movimientos de síntesis y producción que asumen características singulares en los distintos lugares y momentos históricos.

Debe reconocerse, la influencia que ha tenido el psicoanálisis en la producción de conocimiento acerca del sujeto, su sufrimiento y las prácticas terapéuticas.

A nivel regional y nacional no se fue ajeno al proceso de diseminación de las ideas freudianas, de gran influencia en los últimos 70 años, no solo sobre la experiencia clínica, sino también en otras dimensiones de la cultura y la sociedad local.

Innumerables trabajos han mostrado la alta penetración cultural e institucional que el psicoanálisis ha tenido en América Latina, en particular en Brasil, Argentina y en Uruguay. Más allá de una forma de tratamiento psicológica de la enfermedad mental, el psicoanálisis se implementó en estos países de modo decisivo en la formación de los sistemas universitarios (Tadei, 2000), en los contextos hospitalarios en salud mental y generales, y en las instituciones educativas (Valadares, 2008), en la diseminación de la experiencia analítica en las clases medias (Figueira, 1988) [...] (Milán Ramos, 2013, p. 4).

En nuestro país, no es posible desconocer las implicancias del psicoanálisis en las prácticas de salud y los dispositivos de atención en salud mental. El proceso de llegada de las ideas psicoanalíticas al Uruguay se produjo principalmente a partir de dos campos disciplinares distintos: el de la pedagogía y la medicina. A partir de allí, se emprende un recorrido que permite configurar, en torno a la teoría psicoanalítica, un ámbito específico de formación, producción y trasmisión del psicoanálisis en el contexto local.

Tal como sucedió en los inicios del psicoanálisis, sus comienzos en el Uruguay estuvieron ligados a la práctica médica. Son médicos, principalmente con formación en psiquiatría, los que se interesaron —tanto ya sea como objeto de crítica o por su eficacia terapéutica— en las incipientes ideas freudianas.

El padecimiento de los pacientes —muchas de ellas histéricas— interpeló los saberes médicos dominantes a comienzos de siglo y generó los intersticios para la puesta en práctica de otros métodos y prácticas terapéuticas.

El psicoanálisis y, más precisamente, sus métodos terapéuticos fueron así lentamente incorporándose en la práctica clínica hasta trascender este interés aislado y puntal, con la conformación de los primeros grupos de estudio en torno al legado freudiano, que dieron paso posteriormente a la etapa de las asociaciones psicoanalíticas y con ello al psicoanálisis institucional.

El objetivo que orientó la presente tesis fue estudiar qué particularidades asumió este proceso de diseminación de las ideas psicoanalíticas en el contexto de nuestro país y profundizar en los cambios que se produjeron a partir de esto en la noción de sujeto. De esta manera se ahonda en las particularidades del proceso de constitución de la clínica psicoanalítica en el Uruguay a través del estudio de los artículos teóricos publicados por el psiquiatra Rodolfo Agorio.

Estudiar sobre el tema propuesto supuso plantearse los siguientes objetivos específicos:

- i. Profundizar en los distintos momentos que implicó el proceso de diseminación y recepción de las ideas psicoanalíticas en el contexto uruguayo.
- ii. Profundizar en el estudio de los cambios que se produjeron en la noción de sujeto a partir de la diseminación de las ideas psicoanalíticas en el país (del sujeto anato-moral de la psiquiatría de comienzos de siglo al sujeto propuesto por la teoría psicoanalítica).
- iii. Indagar los impactos que tuvo este proceso de diseminación y recepción en las prácticas clínicas a través del estudio de la producción teórico-clínica del psiquiatra y psicoanalista uruguayo Rodolfo Agorio.

Los aportes de Foucault y Canguilhem proveerán el marco de referencia teórico que considero pertinente para el análisis de los textos seleccionados. Estos aspectos serán desarrollados en el capítulo siguiente.

Lejos de pretender establecer un campo lineal e histórico, en su lugar, el tema en cuestión reclama una postura arqueológica, tal como propone Foucault, que permita dar cuenta de la complejidad de los fenómenos a partir de los cuales la clínica psicoanalítica se forma y *reforma*. Se apelarán a los aportes conceptuales de Canguilhem, en tanto provee de categorías teóricas que permiten profundizar en el estudio de los movimientos que se desarrollaron a partir del discurso de la psiquiatría y que dieron lugar a la constitución de la clínica psicoanalítica en nuestro medio.

Para el desarrollo del estudio se utilizó el material teórico clínico publicado por el psiquiatra uruguayo Rodolfo Agorio en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (RPU) y en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (RUP) durante los años 1935 y 1970.

Agorio, en su primera etapa dentro del ámbito de la psiquiatría, adhirió a los principios morales y organicistas de la época y publicó una serie de artículos en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Hacia el año 1950, forma parte del grupo fundador de la Asociación Psicoanalítica y cumple un rol activo en el proceso de diseminación de las ideas psicoanalíticas en el país.

Estos momentos se constituyeron en dos grandes etapas sobre la cual se organizó y desarrolló el análisis en la presente tesis: la etapa biologicista y la etapa kleiniana de Agorio. Dentro de ellas, una serie de movimientos y desplazamientos son estudiados, en tanto y a modo de hipótesis, componen las particularidades que asumió el proceso de diseminación de las ideas freudianas en el país.

A partir de la recepción de las ideas freudianas, se modificaron los saberes existentes en torno a las nociones de sujeto y su sufrimiento: se produce el pasaje desde «el sujeto moral», sostenido por la psiquiatría, al sujeto de la teoría psicoanalítica.

Estudiar sobre estos temas implicó identificar los puntos de fisura en los saberes y prácticas promovidas desde la psiquiatría de comienzos de siglo que dieron paso a las ideas freudianas. Hendiduras en el conocimiento positivista que permitieron el ingreso del psicoanálisis y generaron las condiciones previas para el advenimiento de la clínica psicoanalítica en el Uruguay.

De allí que fue necesario reparar en los hechos históricos, en los acontecimientos significativos, en las rupturas epistemológicas que dieron lugar a estos pasajes y movimientos que *concluyeron* —si es posible utilizar este término en los temas que nos convocan— en la constitución de la clínica psicoanalítica en el país. Este proceso, desde esta posición, supone un cambio de paradigma de conocimiento, que tuvo sus necesarias implicaciones en las concepciones sobre el sufrimiento del sujeto y sus maneras de tratarlo.

Investigar sobre los procesos de diseminación de las ideas psicoanalíticas en nuestro medio aporta a la comprensión de la clínica psicoanalítica actual y permite profundizar en el cambio de las modalidades de abordaje del sufrimiento psíquico que estos movimientos conllevaron.

Movimientos de idas y vueltas, que permiten entender los devenires de la clínica psicoanalítica en el país y las relaciones con la psiquiatría y otros campos disciplinares.

# 1. Capítulo I: Los aspectos metodológicos

El análisis de la presente tesis se basará en el enfoque histórico-genealógico-discursivo propuesto por Foucault. Fundado en el enfoque arqueológico, el énfasis analítico estará puesto en identificar aquellas contradicciones, yuxtaposiciones, rupturas en las teorías hegemónicas y discursos de la psiquiatría de comienzos de siglo, en tanto será a partir de ellos que se podrán identificar los movimientos y desplazamientos hacia las nuevas ideas psicoanalíticas.

Para estudiar las características que asumió el proceso de diseminación de las ideas psicoanalíticas en el país, se apelarán a los aportes teóricos y metodológicos desarrollados por Foucault y Canguilhem. Asumiendo que dicho proceso implicó movimientos de continuidades y desplazamientos conceptuales, se contemplarán las categorías descritas por Canguilhem para el análisis de las particularidades del caso en nuestro país.

La obra teórico-clínica publicada por el psiquiatra uruguayo Rodolfo Agorio será considerada en su carácter de *valor ejemplar*. Con estas palabras se retoman los planteos de Renato Mezan (1999), quien subraya el valor ejemplar del caso. Según este, un caso gana valor y se conceptualiza como tal, si adquiere carácter de ejemplar. Con ello supone que dentro del marco de la investigación en psicoanálisis se deben evidenciar dos planos: el de la especificidad y singularidad de la clínica, y el de la generalidad de la teoría. Existe para Mezan un proceso de construcción de conocimiento en la elaboración del caso, y es en estos términos que tomaremos la producción teórico-clínica publicada por Agorio.

Tal como plantea Juan David Nasio (2001), «un caso es siempre un escrito que apunta a ser leído y discutido. Un escrito que, en virtud de su modo narrativo, pone en escena una situación clínica que ilustra una elaboración teórica». Las tres funciones que describe Nasio (2001) con relación al caso: didáctica, metafórica y heurística (que un caso tenga una *función didáctica*, por ser un ejemplo que respalda una tesis, *una función metafórica* porque es la metáfora de un concepto, y hasta una *función heurística*, como destello que está en el origen de un nuevo saber) fundamenta la utilización del material teórico-clínico de Agorio. Principalmente, los casos clínicos publicados por dicho autor se consideran el sustrato primordial para estudiar los movimientos, continuidades, rupturas y desplazamientos que se produjeron en el proceso de diseminación de las ideas psicoanalíticas en nuestro país.

## 1.1. Foucault y su enfoque arqueológico

La historia de las ideas, tal como propone Foucault, lejos de ser entendida como una historia lineal y de continuidades parece estar colmada de rupturas y discontinuidades.

Por debajo de las grandes continuidades del pensamiento, por debajo de las manifestaciones masivas y homogéneas de un espíritu o de una mentalidad colectiva, por debajo del terco devenir de una ciencia que se encarna en existir y en rematarse desde su comienzo, por debajo de la persistencia de un género, de una forma, de una disciplina, de una actividad teórica, se trata ahora de detectar la incidencia de las interrupciones. Interrupciones cuyo estatuto y naturaleza son muy diversos (Foucault, 1979, p. 5).

Foucault propone una diferencia radical con los enfoques clásicos sobre los hechos históricos: de una historia que busca el orden en la cronología de los hechos y pretende capturar el punto de origen de los fenómenos —su «apertura fundadora» en palabras del autor— a una historia irreductible a los hechos que la componen. De una historia que privilegia las continuidades y regularidades a una historia que toma las discontinuidades, accidentes y acontecimientos como elementos fundamentales de las posibles historias sobre las ideas. De una historia condensada en torno a centralidades únicas, entendida como acumulación de conceptos e ideas, a una historia de acontecimientos dispersos, desplazamientos y movimientos.

Los discursos sobre la enfermedad mental y la locura no han sido ajenos a estos devenires. Han sufrido en su trayectoria múltiples transformaciones que han habilitado el surgimiento de nuevas teorías sobre estos temas. Iguales conceptos han ido refiriendo, a lo largo del devenir histórico, a diversos significados. La histeria configura un caso emblemático en este punto.

«La unidad de los discursos sobre la locura no estaría fundada sobre la existencia del objeto “locura”, o la constitución de un horizonte único de objetividad» (Foucault, 1979, p. 53).

Lo que pertenece propiamente a una formación discursiva y lo que permite delimitar el grupo de conceptos, dispares no obstante, que le son específicos, es la manera en que esos diferentes elementos se hallan en relación los unos con los otros. Este haz de relaciones es lo que constituye un sistema de formación conceptual. [...] Se trata de fijar así cómo pueden los elementos recurrentes de los enunciados reaparecer, disociarse, recomponerse, ganar en extensión o en determinación, volver a ser tomados en el interior de nuevas estructuras lógicas, adquirir en desquite de nuevos contenidos semánticos, construir entre ellos organizaciones parciales. Estos esquemas permiten describir, no las leyes de construcción interna de los conceptos, no su génesis progresiva e individual en el espíritu de un hombre, sino su dispersión anónima a través de textos, libros y obras (Foucault, 1979, p. 97).

Foucault, siguiendo su teoría arqueológica, plantea «el árbol de derivación enunciativa» como propuesta para el análisis relacional y de transformación de los conceptos. De esta manera, se establece la existencia de enunciados rectores, a partir de los cuales derivan —a modo de ramas— las transformaciones conceptuales y la emergencia de nuevas nociones.

Preguntarse acerca del devenir de las ideas psicoanalíticas supone considerar estas múltiples, y por momentos contradictorias, formaciones discursivas. Implica profundizar sobre «el sistema que rige su repartición, el apoyo de los unos sobre los otros, la manera en que se implican o se excluyen, la transformación que sufren, el juego de su relevo, de su disposición y de su remplazo» (Foucault, 1979, p. 56). Implica tener en cuenta las reglas que guían estas transformaciones y las rupturas que implican estos movimientos.

Movimientos y tensiones que hacen posible la emergencia de determinadas ideas y no de otras. Tal como plantea Foucault (1979), no es posible hablar en cualquier época de cualquier cosa. Pinel, Esquirol, Bleuler o Freud no hablaron de lo mismo al referirse a la locura, y por ende no trataron a los mismos «locos».

Sería preciso ante todo localizar las superficies primeras de su emergencia: mostrar dónde pueden surgir, para poder después ser designadas y analizadas, esas diferencias individuales que según los grados de racionalización, los códigos conceptuales y los tipos de teoría, recibirán el estatuto de enfermedad, de enajenación, de anomalía, de demencia de neurosis o de psicosis, de degeneración, etc. Estas superficies de emergencia no son las mismas para las distintas sociedades, las distintas épocas y en las diferentes formas de discurso (Foucault, 1979, p. 67).

«Hay modificaciones que valen como fundaciones», afirma Foucault en su libro *La arqueología del saber*, y al psicoanálisis bien le queda esta frase. Son en estas modificaciones, en la práctica clínica, que surgen los hallazgos y descubrimientos de la teoría freudiana y a partir de ellos que la clínica psicoanalítica se transforma y reformula en un proceso permanente.

Y el gran problema que va a plantearse —que se plantea— en tales análisis históricos no es ya el de saber por qué vías han podido establecerse las continuidades, [...] el problema no es ya de la tradición y del rastro, sino del recorte y del límite; no es ya el del fundamento que se perpetúa, sino el de las transformaciones que valen como fundación y renovación de las fundaciones (Foucault, 1979, p. 7).

La historia del psicoanálisis, como parte de estas historias, no ha sido ajena a estos enunciados. Una trama que se constituye en los intersticios del conocimiento médico. En un doble, pero mismo juego —el conocimiento médico— que obstaculiza, por un lado, y ofrece las condiciones de posibilidad para construcción de la teoría y práctica psicoanalítica, por el otro.

## 1.2. Canguilhem y sus aportes sobre la investigación epistemológica

Las conceptualizaciones foucaultianas toman en sus desarrollos la propuesta historiográfica de Georges Canguilhem.

Para el epistemólogo francés la historia epistemológica de las ciencias puede ser entendida como una historia compleja de la formación y transformación de los conceptos.

«Así concebida como *Historia de los conceptos*, la Historia de las ciencias hace aparecer filiaciones inesperadas, establece nuevas periodizaciones, hace surgir nombres olvidados, hace tambalear la cronología tradicional y oficial» (Canguilhem, 1971, p. 20).

Se comprende que la atención de G. Canguilhem esté concentrada en las condiciones de aparición de los conceptos, es decir, en definitiva, en las condiciones que el problema resulte formulable. Las teorías dentro de las cuales esos conceptos funcionan solo aparecen a posteriori (Canguilhem, 1971. p. XVIII).

Para Canguilhem, los conceptos, en su conformación, no siguen una lógica dogmática ni tampoco pueden ser considerados como producto de un hecho azaroso. Los conceptos surgen en la convergencia de múltiples series que se integran por acontecimientos políticos-institucionales, técnicos-prácticos, lingüísticos, ideológicos, entre otros. Es en el entrecruzamiento de estos hechos que la emergencia del concepto se hace manifiesta. Los conceptos, para dicho autor, hacen posible las teorías y, por lo tanto, estas aparecen luego de los primeros.

La formación de un concepto no puede ser resumida en un acto único ni fácilmente localizable. No es producto de una ruptura única y cambio radical.

Desplazamientos y transformaciones de los conceptos, los análisis de G. Canguilhem pueden servir de modelos. Muestran que la historia de un concepto no es, en todo y por todo, la de su acendramiento progresivo, de su racionalidad sin cesar creciente, de su gradiente de abstracción, sino la de sus diversos campos de constitución y de validez, la de sus reglas sucesivas de uso, de los medios teóricos múltiples donde su elaboración se ha realizado y acabado (Foucault, 1979, pp. 5-6).

En la conformación de los conceptos, para Canguilhem, es posible distinguir su origen, de su comienzo.<sup>1</sup> Con relación al primer término, entiende al origen como aquel punto en el que se produce una diferencia a partir de la cual el concepto «se separa» de las continuidades precedentes. En tanto, el comienzo de un concepto «traduce la emergencia de un acontecimiento a través de una ruptura con sus orígenes» (Vázquez, 1984, p.102). El origen

---

<sup>1</sup> La etimología de la palabra origen (*origo-orior*) significa 'salir de'. El comienzo (*cum-initiare*) remite a la expresión 'entrar en' (Vázquez, 1984, p.102).

remite entonces a las relaciones del concepto con su pasado, mientras que el comienzo lo vincula hacia las nuevas ideas.

Los puntos de origen y de comienzo suponen movimientos de desplazamientos y rupturas. La noción de desplazamiento implica establecer los puntos entre los que se ha organizado la transformación y supone describir cómo se ha producido dicho cambio y qué elementos afecta en ese movimiento.

Pero por cierto es necesario decir que la continuidad entre dos estados puede muy bien ser compatible con la heterogeneidad de tales estados. La continuidad de los estadios intermedios no anula la diversidad de los extremos (Canguilhem, 1971, p. 32).

Pero si afirmo una continuidad, puedo sólo intercalar entre los extremos — sin reducirlos uno al otro— todos los intermediarios que tengo a mi disposición, por dicotomía de intervalos progresivamente reducidos (Canguilhem, 1971, p. 50).

Por lo tanto, continuidad y transformación componen la realidad del desplazamiento. Según Canguilhem, es posible reconocer una serie de relaciones entre los conceptos que permiten estos movimientos de transformaciones y continuidades. «El rechazo de toda filosofía de la Historia de este tipo lo lleva a G. Canguilhem a interesarse más en la filiación de los conceptos que en la concatenación de las teorías» (Canguilhem, 1971, p. xvi). Un concepto o componente de un campo de formación mantiene relaciones de filiación con otros, de los cuales es posible establecer derivaciones de sentidos y significados. La filiación implica continuidad y ruptura, y hace entrar al concepto en una red de interrelaciones con otros conceptos.

Esto supone integrar los múltiples movimientos que en su proceso de conformación se suceden: de desplazamientos, rectificaciones, continuidades; que le permiten la apertura hacia nuevos campos de fenómenos.

Cada ciencia tiene su propio modo de andar, su ritmo y, para expresarlo mejor, su temporalidad específica: su historia no es ni el «hilo lateral» de un presunto «curso general del tiempo» ni el desarrollo de un germen en el que se encontraría «preformada» la figura todavía blanca de su estado presente, sino que por el contrario procede mediante reorganizaciones, rupturas y mutaciones, pasa por puntos «críticos» —puntos en los que el tiempo se hace más vivo o más pesado—, conoce las aceleraciones bruscas y los retrocesos repentinos (Canguilhem, 1971, p. xii).

La constitución de la teoría psicoanalítica bien sabe de estos movimientos de desplazamientos y continuidades. Unos conceptos han devenido en otros y esos otros conceptos —en un proceso inacabable— han sabido adquirir nuevos sentidos y significados.

## 2. Capítulo II. Contexto histórico

### 2.1. La sociedad del Novecientos y el paradigma médico: de la sociedad «bárbara» al paradigma de la sociedad civilizada

Para describir el contexto socio-cultural e histórico apelaremos, fundamentalmente, a los aportes de los historiadores uruguayos José Pedro Barrán y Gerardo Caetano.

Con el comienzo de siglo se inauguró una nueva etapa para el Uruguay. Hacia el 1900 se instauraron nuevos valores, conductas, sentimientos, prácticas del cuidado de sí diferentes a las que habían guiado y modelado la vida en sociedad hasta el momento. «Los datos de la sociedad uruguaya del 900 permiten imaginar un marco relativamente favorable a la experiencia reformista» (Caetano y Rilla, 1994, p. 110).

En palabras de José Pedro Barrán (2014, p. 15) «una nueva sensibilidad aparece definitivamente ya instalada en las primeras décadas del siglo XX [...]». En este escenario una nueva manera de entender la salud y la enfermedad se configuró y confluyeron en un nuevo paradigma médico. Esta nueva sensibilidad forjó profundos cambios en los distintos ámbitos de la sociedad del Novecientos, tuvo fuerte impacto en las relaciones sociales y en el control social:

Esta sensibilidad del Novecientos que hemos llamado «civilizada», disciplinó a la sociedad: impuso la gravedad y el «empaque» del cuerpo, el puritanismo a la sexualidad, el trabajo al «excesivo» ocio antiguo, ocultó a la muerte alejándola y embelleciéndola, se horrorizó ante el castigo de niños, delincuentes y clases trabajadoras y prefirió reprimir sus almas [...], y por fin, descubrió la intimidad transformando a «la vida privada», sobre todo de la familia burguesa, en un castillo inexpugnable tanto ante los asaltos de la curiosidad ajena como a las tendencias «bárbaras» del propio yo a exteriorizar sus sentimientos y hacerlos compartir por los demás. En realidad, eligió, para decirlo en menos palabras, la época de la vergüenza, la culpa y la disciplina (Barrán, 2014, p. 215).

La sociedad del Novecientos puede ser rápidamente definida como la época del disciplinamiento y el orden, dos características que supieron introducirse y ejercer su eficacia en las distintas dimensiones de la vida de los sujetos. «Esta sensibilidad que hizo del «pudor» y el «recato» una norma sagrada que impuso al alma y también al cuerpo [...] (Barrán, 2014, p. 215).

A este fin se orientaron los dispositivos de controles estatales: la escuela, la policía, políticas públicas de salud, entre otros. Desde el nuevo orden político, se lideraron una serie de medidas gubernamentales dirigidas a estos fines: el orden y el disciplinamiento de la sociedad. El «progreso económico» y el «bienestar» social se convirtieron en baluartes del nuevo estado moderno.

Todos estos «espejos públicos» proyectaban entonces hacia el ciudadano mensajes de índole fuertemente moral, orientados a proponer pautas estructuradoras sobre distintos aspectos de su vida individual y colectiva y a legitimar desde esa perspectiva el ejercicio del poder político. A partir de los avances del proceso de secularización y de la progresiva redefinición moderna de la sociedad, desde distintos sectores se había acrecentado la demanda en favor de una «moral laica», que sirviera de nuevo almacén ético para la interioridad del sujeto. Tal vez lo que cambió más ciertamente fueron los referentes y no tanto la armadura moral en su conjunto, habida cuenta de las continuidades y sobrevivencias que coexistieron en este terreno junto a las innovaciones genuinas y efectivas (Caetano y Rilla, 1994, p.174).

Los cambios económicos y sociales alentaban el nacimiento de una sociedad burguesa. Los nuevos bastiones —guías de la sociedad del Novecientos— pasaron a ser el trabajo, el ahorro, el recato del cuerpo dominado, la disciplina, la higiene del cuerpo. Para dichos fines era necesario atacar y regular el ocio, el juego, las fiestas, la suciedad, la sexualidad y cualquier exceso de las pasiones.

La sexualidad pasó a ser objeto de cuidado y control con el fin de garantizar la salud de la población. Se le confirió a la medicina la potestad de obrar sobre estas cuestiones, legitimada por el saber científico y con el aval de los valores de la época. «Las esferas de la sexualidad y la enfermedad mental fueron aquellas en el que el saber médico se dejó infiltrar más por el orden establecido» (Barrán, 1995, p. 127).

El deseo que conducía al placer debía gobernarse en aras, no de la salvación del alma, sino de la salud del cuerpo, pues el deseo infinito del hombre no tenía en cuenta la finitud de las energías de su cuerpo. Así ocurría el debilitamiento y se creaba «el terreno», la condición que favorecía «la invasión» del microbio [...] La salud no podía ser otra cosa, en consecuencia, que el control del deseo (Barrán, 1995, pp. 33-34).

Influidos por las leyes de la termodinámica y el saber físico imperante, el mundo científico de la época estaba preocupado por la energía y su conservación. Todo era considerado en clave de energía o susceptible de transformarse en ella: el dinero, el alimento recibido por el cuerpo, la sexualidad, etc. La cantidad de energía era limitada por lo que era necesario controlar su uso, ahorrar y acumular. Tanto el discurso del médico, como el de la burguesía, se dirigían hacia el mismo punto.

«Los médicos concibieron el cuerpo sano como un sistema basado en la “economía”, “el balance” y el “orden” de sus energías, términos estos que se repiten en las historias clínicas y en los estudios sobre enfermos publicados en la segunda mitad del siglo XIX y el Novecientos». (Barrán, 1995, p. 24). El concepto de ahorro era utilizado tanto para referirse al cuerpo como a la economía.

La salud y la higiene fueron estandartes de esta reforma moral:

[...] la higiene y la limpieza [...], la conservación de la salud del cuerpo, también integran el código de la moral predicada por los médicos, maestros y aún curas. Y ello fue así porque la enfermedad y la suciedad se incluyeron en la esfera del «mal» (Barrán, 2014, p. 246).

Lo sano se convirtió en sinónimo de normalidad y la enfermedad debe ser encauzada en los carriles del bien. Un cuerpo «limpio» de suciedad, pero también de pasiones y excesos.

El interés sobre el cuidado del cuerpo y la vigilancia de la salud se ubicaron sobre el cuerpo propio, pero sobre todo sobre el cuerpo ajeno. «El cuerpo de todos merecía cuidados porque la salud había demostrado su condición social. Todos los cuerpos eran interdependientes [...]» (Barrán, 2014, p. 250). Esta condición se dejó claramente en evidencia en el combate contra la tuberculosis y la sífilis prevalentes en la época.

En este contexto, del Uruguay moderno, se establecieron nuevas maneras de entender la salud/enfermedad: se tornó central establecer límites claros entre ambas categorías que permitan reconocer y vigilar *lo enfermo*. El cuerpo como el lugar que alojaba la enfermedad se transformó en elemento privilegiado de control y regulación. Se desplegaron toda una serie de dispositivos que hacen del cuerpo un lugar que debe responder a las exigencias que las nuevas normas sociales, políticas y culturales le imponen.

El manicomio, fiel representante de estos dispositivos de control, materializó las fronteras que separaban lo normal y lo enfermo. Era a la vez el espacio físico —ordenado por la razón médica— donde habitaba la locura.

Lo que antes estaba en manos de la Iglesia pasó a ser cuestión de las políticas estatales y poder social. De aquel cuerpo del pecado —regido por la doctrina religiosa— se produjo el pasaje al cuerpo de la medicina y el control social, basado en el discurso de la ciencia. La medicina conformó parte de las estrategias definidas por el orden social y económico para «civilizar» la sociedad en esta época.

El paradigma médico se tornó hegemónico en la sociedad del Novecientos, basado en el conocimiento de la ciencia, ejerció su poder y control sobre los cuerpos. Tenía el rol de velar por el cuidado y conservación de la salud de las personas.

Su discurso científico se conjugó con la predica moral sobre las prácticas y hábitos de los ciudadanos —acorde a las exigencias de la sociedad burguesa de comienzos de siglo—. Este hecho generó una relación muy estrecha entre la *clase médica* y el partido gobernante, al grado que el acento puesto por el saber médico uruguayo al origen social de la enfermedad puede vincularse a la sensibilidad de aquel movimiento político para con las clases *humildes* (Barrán, 1995, p. 10).

Una verdadera reforma moral se avizoró a comienzos de siglo:

Fue en el Novecientos que comenzó a percibirse una tendencia que hoy, creemos, reina soberana, la que identifica a la moral con las reglas de la

medicina preventiva, la que hace de los contenidos de la higiene y la preservación de la salud, la casi única fuente de una nueva ética que en 1919 el psiquiatra uruguayo Santín Carlos Rossi, comenzó a llamar «moral fisiológica» (Barrán, 1995, p.19).

Tal como establece Barrán: «a la moralización de la medicina sucedió la medicalización de la moral» (1995, p. 18). El Novecientos fue un período de crisis y transición entre ambas tendencias, y de profundos cambios con relación a las consideraciones sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y la sexualidad. Se tornan públicas y reguladas las dimensiones de la vida del sujeto que hasta el momento se limitaban al ámbito privado.

Este entramado complejo de nuevos valores, creencias, rol de las políticas estatales, lugar del conocimiento científico, confluyeron y se conformaron en un paradigma social, que determina las márgenes y lugares del ejercicio de la disciplina médica, y que produce a su vez un sujeto alineado a estas lógicas imperantes.

Cada época privilegia determinadas maneras de ejercer el saber-poder, y en estos movimientos delinea las características del sujeto en cuestión y de su padecimiento. Sujeto entonces, que porta en sí, no solo los determinismos del saber psiquiátrico, sino los impuestos por la cultura, la ideología y las políticas estatales.

Es a partir de este sujeto de la psiquiatría, al que caracterizamos como *sujeto moral*, que discurriremos, en movimientos de desplazamientos y continuidades hacia el sujeto que emerge con el advenimiento de la teoría psicoanalítica en el país.

## **2.2. El sujeto anatomo-moral de la psiquiatría del Novecientos**

La medicina de comienzos de siglo ocupó un lugar central en lo que refiere a la trasmisión de valores y normas morales afines a las nuevas exigencias sociales, culturales y económicas de la época. La psiquiatría, en este contexto, se posicionó como una disciplina privilegiada en lo que refiere a la regulación y control de la salud mental y de la sexualidad:

La sociedad asignó a los psiquiatras el combate contra la locura y la construcción y definición de la norma(lidad). Ese papel, clave en cualquier orden establecido, de alguna manera los convirtió tanto en denunciadores como en sus agentes. Los psiquiatras del Novecientos hallaron las causas del desorden mental en el avance de la civilización y el urbanismo y sus exigencias desmedidas al hombre, pero también inventaron un loco que era la imagen invertida del burgués puritano invertido [...]. La enfermedad mental, que es violencia, derrumbe y desmoronamiento de la personalidad, angustia y dolor, fue sobre todo sentida y descrita como la gran desobediencia a los valores establecidos. Esta opción convirtió a la psiquiatría del Novecientos en una tecnología suave que procuró el ajuste del sujeto al *statu quo* (Barrán, 1995, p. 126).

La locura era considerada una desviación a la norma, debía por lo tanto ser *encausada* dentro de los márgenes de la normalidad. El enfermo mental representaba la ruptura con el orden pretendido: «perturbaba y atentaba contra la seguridad y el orden público, ofendía a la moral, hacía correr peligros a los bienes de la familia y disipaba los suyos» (Barrán, 1995. p. 158). Al igual que los pobres, vivía al margen de la norma: de la salud, de la familia, del trabajo, del control de las pasiones y del mundo afectivo.

Tal es así, que los psiquiatras consideraban como síntomas diagnósticos para «los predispuestos a la salud mental: el apartamiento, no solo de la razón abstracta sino también de los comportamientos y valores burgueses» (Barrán, 1995, p. 158). Tanto el pobre como el loco debían ser *combatidos*, vigilados y tratados.

Es allí, donde el quehacer del psiquiatra fue el encargado de garantizar el orden y la salud mental a través del uso de las técnicas que el conocimiento médico le confirió. «La consecuencia natural de la moral cristiano-burguesa que dominaba en “la clase médica” fue la afirmación [...] de que de las conductas desviadas e inmorales derivaba la enfermedad; y la salud, del respeto a los valores éticos dominantes» (Barrán, 1995 p. 31).

Saber psiquiátrico y sociedad estuvieron de acuerdo: el loco, y a menudo también el neurótico, encarnaban la máxima violación del orden establecido, la trasgresión inaceptable de las disciplinas necesarias para la vida, en lo mental, lo moral, lo económico, lo social y lo familiar. El reto y el desafío no los hacían solo a la lógica sino también a los valores burgueses, postulándose que existía entre ambos una sólida relación. (Barrán, 1995, p. 158).

Los psiquiatras pasaron, de esta manera, a ocuparse del *tratamiento moral* del enfermo mental y se convirtieron en figuras de relevancia en el ámbito académico.

En nuestro país, dentro de este contexto médico, surgieron nombres como los de Bernardo Etchepare,<sup>2</sup> quien fuera el primer profesor y jefe de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina y Santín Carlos Rossi.<sup>3</sup>

Bernardo Etchepare se convirtió en figura emblemática dentro del ámbito académico, educativo y clínico de la psiquiatría. De vasta producción teórica, es reconocido dentro del ámbito médico como referente *fundador* de la psiquiatría nacional y de notabilidad intelectual

---

<sup>2</sup> Bernardo Etchepare se graduó en la Facultad de Medicina de París. A su regreso a Uruguay se le designó Catedrático de Anatomía y sus primeros pasos en el ejercicio de la profesión médica los cumplió ejerciendo la cirugía. En el año 1905 fue designado Jefe de Servicio de Mujeres del Hospital Vilardebó. En los primeros años, los cursos que se impartían estaban vinculados a los de la Cátedra de Higiene y los de Medicina Legal. En 1908, se le concede su propia cátedra y se convierte en el jefe de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Fue cofundador de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay en 1923. Publicó y presentó diversos trabajos vinculados a su trabajo como psiquiatra.

<sup>3</sup> Santín Carlos Rossi, a la muerte del profesor Etchepare pasó a la Cátedra de Psiquiatría, lugar que ocupara hasta su fallecimiento en abril de 1936. Fue practicante interno del Manicomio Nacional, jefe de la Clínica Psiquiátrica del profesor Etchepare, director técnico administrativo de la Colonia de Alienados, médico alienista adjunto del Hospital Vilardebó, profesor agregado de Psiquiatría y Medicina Legal desde 1917. Tuvo su inclusión además en el ámbito de la enseñanza primaria, como presidente del Consejo de Enseñanza Primaria de Instrucción Pública.

para la medicina de la época. Su legado constituye parte del acervo y fundamento de la psiquiatría actual, sus contribuciones han determinado las posteriores modalidades y características de atención de dicha especialidad médica.

Su aporte implicó, por tanto, un hito en la producción y sistematización de conocimientos en torno a la salud mental y su figura reconocida en la historia de la psiquiatría nacional. Es considerado uno de los primeros idóneos en *enfermedades nerviosas* y un promotor de nuevas prácticas de atención con relación a las existentes hasta el momento. En este sentido, importa subrayar la obra de Etchepare, en tanto *mojón* que representa en el conocimiento y tratamiento de la salud mental, movimientos necesarios que habilitaron posteriormente el arribo e *inclusión* de las ideas psicoanalíticas al país.

En 1904 se definieron dos características que indicaban «el debut» de la «demencia precoz», rasgos que incluso no advertía el psiquiatra, sino la familia. El primero era una «pérdida de afectividad»; el segundo, un apartamiento del trabajo (Barrán, 1995, p. 159). Este último dato es clave en las historias clínicas de la primera época de la psiquiatría uruguaya; por tanto indagado en la anamnesis médica de la época. El vínculo con el trabajo era una dimensión a indagar y a ser considerada en el diagnóstico, tanto porque su abandono podía indicar el preámbulo de la dolencia, como su reiniciación indicaba el comienzo de la recuperación.

La psiquiatría del Novecientos adhirió fielmente a los principios positivistas de la ciencia moderna. Caracterizada como organicista e higienista, su principio general se basaba en el origen y localización físico-cerebral de la enfermedad mental (Barrán, 1995, p. 127). La etiología de la enfermedad era orgánica y se ubicaban las afecciones en el cerebro como causas específicas de la enfermedad mental. «[...] Se buscaron en el laboratorio, la autopsia, las enfermedades físicas del paciente, sobre todo las infecciones, y sus antecedentes hereditarios, los síntomas, las pruebas de afección del cerebro que era la enfermedad mental» (Barrán, 1995, p. 127).

La psiquiatría del Novecientos dio un lugar central a la observación como aspecto privilegiado del método experimental y vía de acceso a la enfermedad del paciente.

Desde la segunda mitad del siglo XIX, con un punto alto en el Novecientos, la Medicina quiso ser un saber solo de hechos, empíricos, formado en la observación y la experimentación, dependiente de la clínica, donde enseñaba la mirada sobre el enfermo, y el laboratorio, donde se instruían las operaciones cuidadosamente analizadas. [...] La observación clínica valía más que la inducción partida por el laboratorio. Al hecho era posible observarlo en estado puro porque existía fuera del observador y porque éste estaba capacitado, por su razón y su saber, para describirlo tal cual en realidad era (Barrán, 1995, p. 9).

La psiquiatría organicista necesitaba, en defensa de la etiología somática de los trastornos mentales, de la localización de las perturbaciones en el cuerpo. Es así que la sífilis, el alcoholismo y la parálisis cerebral fueron «las dolencias que sirvieron de nexo entre locura y cuerpo» (Barrán, 1995, p. 129).

Esto a su vez tenía otra ganancia en relación con el rol social que ocupaba la psiquiatría: daba fundamentos *científicos* a la intervención médica en los ámbitos de las conductas humanas vinculadas a la sexualidad y los hábitos cotidianos vinculados al consumo.

Más obsesionados por la locura que por la neurosis, estos psiquiatras vieron en el alcoholismo, la sífilis, la herencia, el gasto de energía en la sexualidad o la falta de alimentación adecuada, los motivos de las patologías mentales, del decaimiento del «sistema nervioso central» (Barrán, 1995, p. 126).

Tal como veremos en los casos clínicos de la época, estos aspectos eran indagados en detalle por los psiquiatras. En el intento de identificar las causas de la posible enfermedad mental. «[...] las historias clínicas de Bernardo Etchepare siempre comenzaban con un estudio del cuerpo del enfermo, sus reflejos, el estado de sus pupilas, la anamnesis orientada a la búsqueda de cualquier infección física o el alcoholismo como antecedentes explicativos de trastorno mental» (Barrán, 1995, p. 130).

La psiquiatría del Novecientos criticó fuertemente a la psiquiatría *psicologicista y verbalista* imperante durante buena parte del siglo XIX. En nombre del conocimiento científico, se condenaban las nociones de alma y espíritu por no corresponderse con los principios positivistas imperantes en la época.

El uruguayo Pedro E. Duprat fue terminante en este aspecto. En 1914 afirma: «No hay enfermedades del espíritu, solo existen trastornos [...] de las funciones sensitivo-sensoriales, sensitivo-motrices y psíquicas del cerebro». La perturbación del espíritu era la exteriorización sintomática de estos trastornos de la funcionalidad cerebral (Barrán, 1995, p. 128).

El discurso del enfermo, en este contexto, quedó desestimado: nada tenía para aportar en relación con su propio sufrimiento. «La psiquiatría positivista dominante negaba todo sentido al discurso del loco y eso, además de tranquilizar a los cuerdos, tranquilizaba al Poder, por cuanto el loco no tenía ningún mensaje o queja real que transmitir» (Barrán, 1995, p. 126).

No había margen ni espacio para el reconocimiento de los aspectos psíquicos-afectivos. Al contrario, estos fueron considerados, dentro de la lógica positivista imperante, aspectos a ser desestimados, en tanto alejaban al médico de la objetividad necesaria para el diagnóstico y tratamiento adecuado de la enfermedad. Bastaba con observar su conducta y

su cuerpo, para que el psiquiatra, con la potestad que el saber médico le confería, definiese sobre el padecimiento del sujeto.

La verdad y el saber estaban ubicados del lado del médico. «El médico psiquiatra del Novecientos desde su saber y su poder, que eran la verdad sobre la enfermedad y su curación, preguntaba, diagnosticaba, monologaba y enjuiciaba la locura [...] (Barrán, 1995, p. 130). El psiquiatra, fiel representante del paradigma médico, ejercía a través del control del cuerpo y los excesos el poder que su hegemonía le otorgaba.

Sin duda, estas constituyen cuestiones fundamentales en los cambios que promueven la instauración de las nuevas ideas psicoanalíticas en el contexto de las prácticas vinculadas al sufrimiento humano.

Podemos entonces, caracterizar al *sujeto del Novecientos* como un sujeto de la norma, que le exige —dada la moral burguesa de la época— fuerte control de sus pasiones y excesos, a riesgo si no de ser considerado *loco, anormal, depravado* y por lo tanto ser tratado, encerrado y/o curado.

En este sentido, es un sujeto del ahorro y de la conservación, en consonancia con las lógicas conservacionistas tanto de la economía burguesa, como de las ciencias de la energía. Un sujeto pudoroso y recatado en la expresión de sus deseos y de sus pasiones.

Sujeto del cuerpo: en *lo orgánico* residía la causa del padecimiento, por tanto, es allí donde se dirigían las causas explicativas y tratamientos médicos. Por ende, sujeto de la ciencia, objeto del privilegiado conocimiento científico y de la medicina como fiel representante de este.

### **2.3. La recepción de las ideas psicoanalíticas en el Uruguay**

En la segunda década del siglo XX, aparecieron en el Uruguay las primeras publicaciones que hacen referencia al psicoanálisis.

Sus autores fueron algunos psiquiatras que no poseían formación sobre la teoría psicoanalítica y adherían al enfoque biologicista que imperaba en la clínica psiquiátrica de la época (Milán Ramos, 2012, p. 4).

A partir del año 1913, según plantea Barrán, se realizan las primeras menciones a las ideas freudianas. Bernardo Etchepare,<sup>4</sup> presenta un caso clínico de una paciente de 19 años con «ceguera histérica» que es publicado en la *Revista Médica del Uruguay* (Barrán, 1995, p. 136).

---

<sup>4</sup> Formado en el pensamiento psiquiátrico francés de carácter vitalista, Etchepare «sólo estimó válidas las teorías biológicas, incluso al interpretar la psicología freudiana» (Casarotti, 2007, p.159 nota 28. En Craviotto, García Press, Moraes, y Mórtoła, s. f., p. 6).

No obstante, ya anteriormente se registra la mención a Freud en el artículo *Displegia espasmódico familiar*, publicado por Luis Moriquio<sup>5</sup> en la *Revista Médica* del Uruguay, en el año 1900. En él se hace alusión al Freud neurólogo que refiere a sus escritos de parálisis infantil (Craviotto, García Press, Moraes, y Mórtola, s. f., p. 6).

Los artículos publicados posteriormente por Etchepare, Duprat y Santín Carlos Rossi, en la *Revista Médica del Uruguay*, hacen referencia a Freud y a su método psicoanalítico, como una forma de psicoterapia o tratamiento moral (Craviotto, García Press, Moraes, y Mórtola, s. f., p. 6).

En 1916, Etchepare, en su memoria sobre la *Educación de los niños nerviosos* que presentó en el II Congreso Científico Panamericano reunido en Washington en 1916, alude al «exagerado pansexualismo» de Freud, explicita la necesidad de evitar a los niños las ocasiones posibles de traumatismo moral o sexual dentro de lo descrito por el clínico de Viena (Barrán, 1995, p. 140).

También en ese año, Santín Carlos Rossi, psiquiatra y director de la Colonia de Alienados de Santa Lucía, hace alusión al psicoanálisis en la sesión del 21 de julio de la Sociedad de Medicina de Montevideo. Presentó una memoria titulada *Contribución al estudio del psico-análisis*, técnica psicoterapéutica cuya invención atribuyó a Freud y Breuer (Barrán, 1995, p. 137). En dicho trabajo se incluye el relato de su aplicación a una enferma de 18 años afectada por «ataques histéricos».<sup>6</sup>

En 1938 Carlos Vaz Ferreira (hijo), escribe su tesis *El psicoanálisis desde el punto de vista médico-legal*. En dicha tesis desarrolla los problemas médico-legales relacionados con el psicoanálisis y hace mención a su experiencia de *aplicar* el psicoanálisis, sin éxito según su valoración (Craviotto, García Press, Moraes, y Mórtola, s. f., p. 6).

En estas primeras referencias, las ideas freudianas son consideradas principalmente con el fin de criticarlas y refutarlas. Etchepare se centró en tres aspectos para fundar sus reflexiones sobre el psicoanálisis:

- I. el psicoanálisis resucitaba la vieja psicología espiritualista con su afirmación de la existencia de la enfermedad puramente mental, no admisible desde la lógica positivista y organicista imperante en la psiquiatría del Novecientos;
- II. la exagerada referencia que se realizaba a la sexualidad reprimida en el origen de las alteraciones mentales en la teoría freudiana;
- III. la posibilidad de que el psicoanálisis pudiera curar algo más que la histeria (Barrán, 1995, p.137).

---

<sup>5</sup> Primer profesor de la Clínica Infantil de la Facultad de Medicina.

<sup>6</sup> En 1919 Santín Carlos Rossi expuso un breve resumen del psicoanálisis dentro de un estudio sobre «El criterio fisiológico». Lo definió como «una doctrina mitad médica, mitad filosófica, que funda una psicología humana sobre las manifestaciones del instinto sexual», su aspecto más «noble» era el concepto de «sublimación», (Barrán, 1995, p. 137).

En estos primeros momentos, las ideas psicoanalíticas en el país se encontraban representadas de manera dispersa y aislada en algunos médicos y psiquiatras que realizaban tentativas puntuales de aplicación de la teoría en la práctica clínica, pero que no lograban conformar aún un espacio específico de desarrollo, trasmisión y difusión de las ideas freudianas. El proceso de *inclusión* de la teoría freudiana a las prácticas clínicas, llevó su tiempo y sus ideas tardaron en imponerse. Según Barrán, «[...] tanto pesaba la tradición paternalista y autoritaria de la vieja psiquiatría en la recepción de ideas que cuestionaba sus esencias» (Barrán, 1995 p. 139).

Es, entonces, desde el ámbito de la psiquiatría desde el cual se realizaron las primeras menciones de las ideas psicoanalíticas.

Según Élisabeth Roudinesco:

En todas partes, y siempre, hubo dos condiciones invariantes necesarias a la implantación geográfica de las ideas freudianas y de un movimiento psicoanalítico: por un lado la constitución de un saber psiquiátrico, esto es, una mirada sobre la locura capaz de conceptualizar la noción de enfermedad mental en detrimento de toda idea de posesión de origen divina; por otro lado, la existencia de un Estado de derecho, capaz de garantizar el libre ejercicio de una enseñanza freudiana (1994 [1995, pp. 62-63]) (valoración de Craviotto, García Press, Moraes y Mórtoła, s.f., p. 2).

Gabriela Bruno (2000) propone tres hipótesis para el estudio de la recepción del psicoanálisis en el Uruguay:

- I. el psicoanálisis ingresó en los ámbitos académicos desde la educación y la psiquiatría,
- II. la llegada de inmigrantes de Europa contribuyó a su asimilación en un ámbito fuertemente marcado por el positivismo,
- III. la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) tuvo un papel fundamental en el surgimiento y consolidación.

En el proceso de llegada de las ideas psicoanalíticas al país se pueden identificar dos vertientes: la medicina y la pedagogía.

En lo que refiere al ámbito de la pedagogía, Mercedes Freire establece que el psicoanálisis entró al Uruguay a través del Laboratorio de Pedagogía del Instituto Normal con la influencia de las visitas de Waclaw Radecki y Emilio Mira y López. Este último permanece varios años en el país y al ponerse en marcha este laboratorio —bajo su dirección— se invitó a trabajar en él a todos los interesados en el tema, siendo entonces un lugar que nucleó a algunos de los interesados en las incipientes ideas psicoanalíticas (Bruno, 2000).

Desde la medicina surge la figura del Dr. Valentín Pérez Pastorini,<sup>7</sup> médico, profesor y jefe de la Clínica de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Presidió la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y se convirtió luego en referente y pionero en la historia del psicoanálisis en nuestro país. Pérez Pastorini se formó en el estudio de los textos freudianos, pero también viajaba mensualmente a la capital argentina para llevar adelante su análisis personal y hacer supervisiones de sus pacientes.

Lo que ocurría en la ciudad porteña fue visto con interés por los incipientes psicoanalistas de este lado del Río de la Plata, lo que allí sucedía está estrechamente ligado a la historia del psicoanálisis en el país. La Asociación Psicoanalítica Argentina (APA)<sup>8</sup>, que se había fundado unos años antes que la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU), se convirtió en centro de referencia en la formación y transmisión de las ideas psicoanalíticas para los noveles psicoanalistas uruguayos. Dos referencias importantes en este momento fueron Laura Achard y Marta Lacava, quienes se instalaron en Buenos Aires con el fin de formarse en la APA.

En este proceso expansivo se fueron sumando otros referentes que ocuparon luego un lugar de relevancia en el psicoanálisis local y en el proceso de diseminación de las ideas freudianas. Es así que cuando muere el Dr. Pérez Pastorini ya había un grupo de profesionales que habían emprendido la formación en las ideas freudianas y el análisis psicoanalítico. Ya hacía varios años que los doctores Rodolfo Agorio y Gilberto Koolhaas estaban psicoanalizándose con Pérez Pastorini y habían sido autorizados a ejercer la profesión.

Los interesados por las ideas psicoanalíticas fueron en aumento y comenzaron a reunirse en torno a los doctores Agorio y Koolhaas, quienes se transformaron tras la muerte de Pastorini en referentes para la formación y transmisión del psicoanálisis en el país. Héctor Garbarino empezó de inmediato su análisis con Agorio, al igual que la profesora Laura Achard.

En el movimiento de llegada y transmisión de la teoría freudiana tuvieron su importante aporte los psicoanalistas extranjeros, que llegaron al Uruguay en la década del 50. Dentro de ellos ubicamos la presencia de Hanna Segal, psicoanalista londinense, con quien acordaron para que se instalara durante un mes en el país en el año 1952. Tuvo un mes de

---

<sup>7</sup> Médico psiquiatra, nacido en el año 1895, proveniente de una familia de estancieros profundamente católicos. Estudia en Europa y luego se analiza con Ángel Garma en la Argentina. Los Dres. Ángel Cárcamo y E. Pichon Rivière fueron sus supervisores. Trabajó en la Colonia Etchepare, fue jefe de Clínica de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, enseñando y ejerciendo en el Hospital Vilardebó, entre otros. En la década del 30 toma contacto con las ideas freudianas y ya en 1936 se presenta como psiquiatra y psicoanalista, posteriormente, en el año 1938, se refirió solo como psicoanalista. Muere en el año 1948.

<sup>8</sup> En el año 1942 se firma el acta inaugural de la Asociación Psicoanalítica Argentina que es aprobada como sociedad componente de la IPA en 1949. Los primeros miembros fueron: Celes Cárcamo, Ángel Garma, Marie Langer, Enrique Pichon Rivière y Arnaldo Rascovsky.

trabajo intensivo: supervisiones, seminarios, encuentros clínicos, con el fin de lograr el reconocimiento de la IPA.

En noviembre de 1954 se instalaron en el país Willy Baranger y Madeleine Baranger,<sup>9</sup> ambos de nacionalidad francesa, llegan primero a Argentina para luego radicarse en el país. Permanecieron en Uruguay hasta el año 1965 y tuvieron, en ese periodo, una participación fundamental en el proceso de fundación de la APU. Iniciaron análisis personal y desarrollaron seminarios teóricos con el grupo fundacional de la APU (Garbarino, 1988).

De esta manera, en la década de los 50 se cristalizó el movimiento psicoanalítico en el país, reunidos en torno a la fundación de la APU. En setiembre de 1955 se firmó el acta fundacional, bajo la dirección de W. Baranger.<sup>10</sup> En esta, se abogaba por la formación en profundidad de la teoría y práctica del psicoanálisis y se pretendía la inclusión formal dentro del movimiento psicoanalítico internacional.<sup>11</sup> La APU es aceptada como componente de la IPA en el Congreso Internacional de Edimburgo en 1961.

El inicio de la APU no estuvo exento de conflictos y controversias, principalmente con los psiquiatras.<sup>12</sup> Estas controversias inauguraban, sin duda, una nueva etapa del psicoanálisis en el Uruguay. Ya establecido y con una institución que los nuclea se hizo posible el diálogo con otros colectivos académicos, se volvieron visibles las diferencias con los saberes dominantes hasta ese momento.

Los años 1956 y 1957 fueron testigos de un áspero cuestionamiento por parte de muchos médicos sobre el derecho de los no médicos a ejercer el psicoanálisis. Este cuestionamiento no prosperó manteniéndose criterios muy amplios de aceptación, que luego fueron especificados, admitiéndose en la actualidad que pueden ser psicoanalistas médicos y psicólogos (Bernardi, 2010, p. 100).

Las ideas psicoanalíticas continuaron su movimiento expansivo en el país. Esto se produjo a través de movimientos simultáneos que suponían: el comienzo de análisis por

---

<sup>9</sup> Willy Baranger fue profesor de Filosofía y Madeleine Baranger, profesora de Letras Clásicas en Francia. Ambos inician y completan su formación psicoanalítica en Buenos Aires. Pertenecieron a una segunda generación de analistas de la Asociación Psicoanalítica Argentina, entre los cuales estaban Arminda Aberastury, Luisa Álvarez de Toledo, José Bleger, León Grinberg, Salomón Resnik, David Liberman, Jorge y Teresa Mom.

<sup>10</sup> En setiembre de 1955 firmaron el acta de fundación: Willy y Madeleine Baranger, Rodolfo Agorio, Gilberto Koolhaas, Héctor y Mercedes Garbarino, Laura Achard, Marta Lacava, Juan Carlos Rey, Juan Pereira y Miguel Sesser. Fueron nombrados como primer presidente y primer secretario: Rodolfo Agorio y Laura Achard; Mercedes Garbarino siguió siendo tesorera.

<sup>11</sup> En el año 1957 se produce un hecho relevante, a instancias de la APA, y bajo el patrocinio de la misma, son reconocidos como grupo de estudios, y es en el año 1961 que la APU es reconocida oficialmente por la IPA en el congreso de Edimburgo.

<sup>12</sup> El año 1956 y parte del 57 hubo una campaña periodística en donde se denunciaba a los integrantes de la APU como sujetos que hacían uso ilegal de la medicina. El ataque era dirigido en forma directa a los no médicos. Según Mercedes de Garbarino, lo que subyacía en estas «denuncias» era el ataque al psicoanálisis. Los diarios hacían referencia al tema: aparecían grandes titulares en primera página: «El psicoanalista busca enamorar a sus pacientes». Al final intervino el Sindicato Médico que fue quien dirimió el problema habilitando el ejercicio de la práctica clínica por parte de los analistas integrantes de la APU (Bruno, 2000).

muchos médicos y psiquiatras con analistas uruguayos,<sup>13</sup> nombramientos de analistas uruguayos como miembros adherentes de la APA;<sup>14</sup> nombramiento de los primeros analistas didácticos en 1964<sup>15</sup> visita del presidente de la IPA de ese momento,<sup>16</sup> y la organización de congresos internacionales.<sup>17</sup>

Surgían otros colectivos psicoanalíticos, que se diferenciaron y entraron en tensión con la APU; pero que permitieron, en estos movimientos, la trasmisión y reinterpretación de las ideas psicoanalíticas.

Este movimiento de expansión llevó al psicoanálisis más allá de los márgenes de la APU. Comenzaba la etapa del psicoanálisis universitario a mediados de la década del 50. Se incluía en la universidad uruguaya a través de Willy Baranger quien dictó la asignatura llamada Psicología Profunda en el Plan de estudios de Psicología creado en la Licenciatura de Psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias, quien luego de su exilio fue sustituido por el Prof. Héctor Garbarino hasta la dictadura en que se cerró dicho centro (Hajer, s. f.). Este período expansivo y de difusión de las ideas psicoanalíticas se vio interferido con la llegada de la dictadura cívico-militar en el año 1973.

---

<sup>13</sup> Willy y Madeleine Baranger ya habían sido autorizados por la APA para analizar candidatos.

<sup>14</sup> En los primeros días del año 1959, Rodolfo Agorio, Gilberto Koolhaas, Héctor Garbarino, Mercedes de Garbarino, Laura Achard y Fortunato Ramírez fueron nombrados analistas adherentes de la APA.

<sup>15</sup> Laura Achard, Héctor Garbarino y Mercedes de Garbarino.

<sup>16</sup> Dr. P. J. Vander Lew.

<sup>17</sup> La preparación del XII Congreso Latinoamericano que se realizó en 1966. El Congreso fue presidido por Héctor Garbarino. Asistió el presidente de la IPA, que era en ese momento el Dr. P. J. Vander Lew.

### 3. Capítulo III. Algunas consideraciones sobre la epistemología psicoanalítica

#### 3.1. Hacia una nueva noción de sujeto: aportes del pensamiento freudiano

Suele considerarse al texto *Estudios sobre la histeria* el punto de partida de la teoría psicoanalítica (Freud, 1893-1895, p. 10). Freud reúne los primeros descubrimientos sobre la histeria en este emblemático texto escrito junto con Breuer en 1893.<sup>18</sup>

El tratamiento de las primeras pacientes histéricas interpeló, con su sufrimiento, las teorías existentes y generó, a la escucha atenta de Freud, nuevas maneras de entender aquel malestar ubicado en el cuerpo. En su trayecto, de las prácticas discursivas a la elaboración de la teoría sustentada en la noción de inconsciente, Freud propone una nueva idea sobre el sujeto. En este punto, se hace necesario precisar que la referencia es a los cambios que con las ideas psicoanalíticas se generan en la comprensión de sujeto, y su complejización, con el reconocimiento de los aspectos inconscientes en la génesis de la enfermedad y en las prácticas terapéuticas. No se hace alusión con el término *sujeto* a las teorizaciones desarrolladas posteriormente por Jaques Lacan.

En el texto «Breve informe sobre el psicoanálisis», resume los principales aportes de la teoría psicoanalítica, de la siguiente manera:

Resumiré otra vez los factores que constituyen el contenido de esta teoría. Ellos son: la insistencia en la vida pulsional (afectividad), en la dinámica anímica, en el hecho de que aún los fenómenos anímicos en apariencia más oscuros y arbitrarios, poseen pleno sentido y determinismo; la doctrina del conflicto psíquico y de la naturaleza patógena de la represión, la concepción de los síntomas patológicos como satisfacciones sustitutivas, el discernimiento de la significatividad etiológica de la vida sexual, en particular de los principios de la sexualidad infantil (Freud, 1923, p. 209).

Un año antes, en 1922, en el texto «Psicoanálisis», el propio Freud ya había realizado una síntesis, menos extensa, sobre los «pilares básicos del psicoanálisis»:

El supuesto de que existen procesos anímicos inconscientes; la admisión de la doctrina de la resistencia de la represión; la apreciación de la sexualidad

---

<sup>18</sup> En dicho libro se hace mención, por primera vez, a muchos de los que luego serán conceptos centrales en la teoría freudiana. Es en la publicación del caso Anna O., la primera vez que se hace mención al término «lo inconsciente» en el sentido psicoanalítico por parte de Breuer. Utilizado en esta oportunidad como adjetivo, ya había sido empleado por Freud años atrás en el bosquejo inédito de noviembre de 1892. Si bien se hace mención a estos conceptos centrales del pensamiento psicoanalítico, en algunos de los casos, no se profundiza en el contenido de dichos términos, mientras que en otros, la definición de estos primeros momentos dista bastante de la desarrollada en el final de su obra. Muchos de ellos sufrirán sucesivas transformaciones en función de los hallazgos realizados por el propio Freud.

y del complejo de Edipo: he ahí los principales contenidos del psicoanálisis y de las bases de su teoría, quien no pueda admitirlos no debería contarse entre los psicoanalistas (Freud, 1922, p. 243).

Con el descubrimiento del inconsciente, se abrió el camino hacia el *determinismo* del mundo afectivo en la etiología de la histeria, en particular, y de las neurosis en general: cambio radical, que supuso el reconocimiento de un sujeto gobernado por las leyes del deseo y de la sexualidad e interpeló los mandatos morales ejercidos hasta el momento.

A partir de Freud, el sujeto integra en sus padecimientos corporales los síntomas afectivos. Los síntomas —tal como sostenía la medicina del momento— en el cuerpo, ya no remiten exclusivamente a causas orgánicas, sino que se reconoce su vinculación con la vida psíquica, y es así que las teorías del inconsciente comienzan a integrarse a las hipótesis explicativas:

En ese lapso, el psicoanálisis poco a poco entró en posesión de una teoría que parecía dar suficiente razón de la génesis, el sentido y el propósito de los síntomas neuróticos, así como ofrecer una base racional a los empeños médicos tendientes a suprimir el sufrimiento (Freud, 1923, p. 209).

Freud criticó manifiestamente el determinismo organicista sostenido por la medicina, que predominaba en la época, e integró desde el comienzo en la etiología de la enfermedad la dimensión psíquica: «las dos últimas variedades de perturbación psíquica, concebida por los psiquiatras franceses como unos estigmas de degeneración nerviosa, en nuestro caso demuestran empero estar suficientemente determinadas por vivencias traumáticas [...]» (Freud, 1983-1985, p. 106).

No obstante esto, Freud fiel a su formación médica, y sostenido en su pretensión científicista, no abandonó la contemplación de los aspectos orgánicos en las teorías sobre la etiología de las neurosis.

A partir de estos movimientos, se reconoce el valor simbólico de los síntomas histéricos y se valida el método psicoanalítico como procedimiento para dar cuenta del sentido de estos síntomas. En el caso de Elisabeth von R, Freud afirma: «Acaso se podía suponer que la enferma había establecido una asociación entre las impresiones anímicas dolidas y los dolores corporales [...], y que ahora en su vida anímica empleaba la sensación corporal como símbolo de la vida anímica» (Freud, 1983 p. 159).

Con el inconsciente freudiano se abrió el camino hacia la etiología sexual de la neurosis y su vínculo con los síntomas histéricos. Las ideas sobre la sexualidad, promovidas por Freud, y el lugar que ocupan dentro de la teoría psicoanalítica pueden considerarse —junto con la noción de inconsciente— uno de los grandes puntos de ruptura y novedad con las teorías promovidas tanto por la ciencia como por la iglesia acerca de la sexualidad. De aquello pecaminoso, o necesario de ser regulado para garantizar el bienestar social, pasa a tener un

lugar privilegiado en la teoría psicoanalítica y considerada central en la estructuración psíquica y en la génesis de las neurosis.

A partir de las ideas psicoanalíticas, surge una nueva conceptualización sobre el sujeto: sujeto de las pulsiones, sujeto del inconsciente, sujeto de deseo, sujeto castrado. Un sujeto que ya no solo se remite a la vida consciente, sino que la dimensión psíquica-afectiva se ubica en un lugar de privilegio con relación al padecimiento del sujeto y, dentro de ella, los aspectos inconscientes son centrales en su entendimiento y abordaje.

Nace el psicoanálisis como un nuevo método de investigación y tratamiento que comprende en su abordaje del sufrimiento humano la dimensión de lo que el propio sujeto enuncia sobre su padecimiento: el sujeto se relata. A partir de la escucha psicoanalítica se introduce la posibilidad del sujeto de enunciar sobre su propio sufrimiento. Es el propio sujeto quien, aún en el desconocimiento, puede dar las pistas para la comprensión de lo que le sucede y superar —con la ayuda del terapeuta— los efectos de las resistencias. Se habilita un pasaje importante, del médico que habla al psicoanalista que escucha.

El discurso del sujeto adopta así un lugar central en la teoría psicoanalítica. La clínica psicoanalítica se ubica en el campo del lenguaje y sus efectos, y en el dominio de la palabra en transferencia.

La técnica de la interpretación le permitió develar los aspectos inconscientes. Desde sus primeros historiales clínicos publicados en su emblemático texto *Estudio sobre la histeria* (1893-1895), Freud hará referencia a estos aspectos interpretativos de la técnica, que luego va a desarrollar hondamente en otro texto fundamental de la teoría freudiana, *La interpretación de los sueños* (1900).

Con el advenimiento de las ideas freudianas se instauran nuevas miradas sobre el sujeto y su sufrimiento: del origen somático de la enfermedad mental a la relevancia de los aspectos emocionales en la génesis de estos; del tratamiento moral e inducción hipnótica a la asociación libre; de la verdad ubicada en el discurso de la psiquiatría a la verdad del sujeto; de las fronteras precisas entre lo sano y lo enfermo a nuevas relaciones entre la salud y enfermedad con límites difusos y mecanismos comunes.

### **3.2. Las ideas psicoanalíticas y la ruptura epistemológica**

El surgimiento del psicoanálisis generó una verdadera ruptura epistemológica con las formas de producción de conocimiento científico imperantes hasta el momento.

El psicoanálisis, desde sus orígenes, ha estado ligado a la práctica médica y encuentra allí, en sus puntos de vacío, la posibilidad de surgimiento y desarrollo. Estos puntos de fisura permiten emerger un nuevo paradigma que tiene como centro al sujeto y que se sostiene en el descubrimiento de la noción de inconsciente.

Freud desarrolla su obra en una continua tensión que se instala entre las posturas continuistas, en relación con los saberes biologicistas de su tiempo, y las verdades universales, provenientes del conocimiento científico. Los puntos de corte y ruptura se establecen con sus ideas sobre el inconsciente, el aparato psíquico, la noción de conflicto sexual, que interpela y *agujerea* las continuidades de las ideas organicistas.

Como decía Freud de las fantasías, el psicoanálisis nació mestizo, con el ojo y el pie derechos puestos en las ciencias exactas o naturales, y el ojo y el pie izquierdos, del lado del arte, la mitología y la historia, que se abren en una dirección muy contraria a la del ideario positivista. En lugar de obligarlo a escoger, le conviene aprovechar la flotación que le da esa ambigüedad y su tendencia a perforar fronteras, contrapartida de su endogamia corporativista (Rodulfo, 2013, pp. 188-189).

En el trayecto recorrido desde la clínica médica al surgimiento de la clínica psicoanalítica, se pueden identificar puntos de encuentro y líneas de continuidad; a la vez que puntos disruptivos y de quiebre, que hacen de la clínica psicoanalítica un espacio de producción con características propias y diferenciadas de la clínica médica.

Esta ruptura epistemológica tiene sus múltiples consecuencias en lo que refiere a las modalidades de producción de saber, sus formas de validación y transmisión, las ideas y teorías sobre el sufrimiento humano, y sus derivaciones en las prácticas clínicas.

El pensamiento psicoanalítico ha generado profundos cambios en cuanto a la noción de sujeto y su relación con el conocimiento. Freud, con su descubrimiento del inconsciente, da lugar a un sujeto cognoscente totalmente escindido y castrado, por tanto capaz de un conocimiento parcial y singular.

Este movimiento tiene efectos en la clínica, un sujeto que desconoce y se desconoce, y en la generación de conocimiento, el saber será siempre inacabado e incompleto, inaccesible en su totalidad, en contraposición con el conocimiento absoluto propuesto desde la ciencia positivista. De los discursos universales del conocimiento científico a los discursos singulares y el caso clínico del psicoanálisis.

Estos movimientos traen consigo un cambio en la noción de verdad y una transformación en el posicionamiento del sujeto en torno a ella. Del ideal platónico de identificar la palabra con la cosa —la correspondencia entre la representación y los hechos— que promueve el conocimiento científico a la verdad del psicoanálisis, ubicada en el síntoma y en lo no dicho del sujeto.

Se produce entonces un cambio epistemológico profundo: la verdad ya no se sustenta en el saber médico, sino que la verdad se localiza en el sujeto, «(...) el no saber de los histéricos era en verdad... un no querer saber, más o menos consciente, y la tarea del terapeuta consistía en superar esa resistencia de asociación mediante un trabajo psíquico» (Freud 1983, p. 276). El saber ya no es dado al sujeto, sino que es el propio sujeto que

genera en sus búsquedas y recorridos el acercamiento a las posibles verdades que el síntoma porta.

Son movimientos conceptuales que tienen efectos en la constitución de la teoría y sus derivaciones en las cuestiones clínicas y metodológicas. El síntoma dejará de ser el ítem necesario para el afán clasificatorio y nosológico de la medicina y pasará a ser considerado parte central de la relación particular entre el sujeto y su saber inconsciente. El síntoma ya no será saber asequible al y para el conocimiento médico, sino que es saber en tanto es accesible para el sujeto y posible de ser capturado por sus sentidos en los discursos singulares.

Se reformulan así las relaciones del sujeto con su saber. El psicoanálisis encuentra la verdad en los sueños, los actos fallidos, los lapsus. El sujeto intenta acceder de esta manera a su propia verdad y no a la verdad de la ciencia.

Profundizar en las características que adoptaron estos movimientos transformativos, que dieron lugar a la constitución de la clínica psicoanalítica en el país, supone, tomando los aportes de Canguilhem, profundizar en las continuidades y desplazamientos conceptuales generados desde los discursos de la psiquiatría a partir de la llegada de las ideas psicoanalíticas.

Asumiendo que el movimiento de diseminación del psicoanálisis y el proceso de constitución de la clínica psicoanalítica, en el caso uruguayo, más allá de estas consideraciones generales, adquirió su carácter particular y singular.

## 4. Capítulo IV. La figura del psiquiatra uruguayo Rodolfo Agorio

### 4.1. Entre la psiquiatría y el psicoanálisis: Agorio

El estudio se centrará, como ya se mencionó, en la producción teórico-clínica del psiquiatra uruguayo Rodolfo Agorio.

En la exploración documental inicial, y teniendo en cuenta los casos intercambiados en el marco del grupo de investigación sobre la Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay (FCPU),<sup>19</sup> surge el nombre de Rodolfo Agorio en la autoría (o coautoría) de varios de los casos publicados. Su figura toma mi interés y me lleva a profundizar en su biografía y trayectoria académica, científica, y en su desempeño laboral.

Este psiquiatra, nacido en el Uruguay del Novecientos, porta en sí una serie de particularidades —que profundizaré a continuación— que tornan oportuna la consideración de su producción clínica para el abordaje de los temas planteados. La doble condición de Agorio, en tanto fue parte de los discursos imperantes de la psiquiatría de comienzos de siglo, en los inicios de su desempeño académico y laboral, y referente en la trasmisión y difusión del psicoanálisis en el país, es que fundamenta la selección de su producción teórico-clínico como objeto de estudio.

En su desempeño como psiquiatra fue practicante interno, jefe de clínica psiquiátrica, médico de sala y guardia del Hospital Vilardebó, además de profesor agregado de psiquiatría desde 1946. Su vida académica estuvo fuertemente vinculada con la enseñanza clínica y es reconocida su figura dentro de la psiquiatría nacional.

En los primeros años desarrolló su profesión en el ámbito de la psiquiatría, influenciado por los principios biologicistas de comienzos de siglo. Fiel representante de esta corriente de la psiquiatría que comandaba la práctica médica en el Uruguay del Novecientos, tuvo como referente las enseñanzas de Etchepare y sus discípulos.

Agorio publica varios de sus artículos en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, la cual es considerada como uno de los primeros registros escritos de publicación de casos desde el ámbito médico-académico.

---

<sup>19</sup> El *Proyecto Formación de la clínica psicoanalítica en el Uruguay* (FCPU) está integrado por un grupo de docentes, estudiantes de grado y posgrado y egresados principalmente de Facultad de Psicología, y es coordinado por el Prof. Guillermo Milán Ramos. Se plantea como problemas a estudiar: (i) la constitución histórica del psicoanálisis, en tanto combinación de tácticas psicoterapéuticas, estrategias clínicas y políticas de cura; y (ii) la pluralidad de concepciones sobre el caso clínico (Milán Ramos, 2012).

No es profusa la obra publicada en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, en la mayoría de sus artículos comparte la autoría con otros colegas. Su obra más extensa la representa la tesis: *Herencia y psicopatías*, presentada para el concurso de Profesor Agregado de Psiquiatría en la Facultad de Medicina y publicada en varias ediciones de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* durante los años 1946 y 1947. En dicha obra, dividida en cinco capítulos, Agorio se centra en los estudios sobre la herencia y sus relaciones con la transmisibilidad hereditaria de las enfermedades mentales. Para ello realiza un exhaustivo recorrido por las distintas teorías sobre la herencia: desde los griegos hasta las teorías dominantes en su época. La teoría de las degeneraciones propuesta por el psiquiatra vienés Bénédict Augustin Morel será particularmente tenida en cuenta a lo largo del desarrollo de su tesis. Es considerado un referente en el tema, valorando explícitamente su figura y aportes.

Posteriormente se interesa por las ideas psicoanalíticas. Fue uno de los primeros iniciados en la disciplina psicoanalítica y un firme propulsor de ella, constituyéndose en el primer psicoanalista didáctico del Uruguay.

Fue analizado por Pérez Pastorini. Tras la muerte de este, Agorio junto con Koolhaas ocupan un lugar de referencia en el incipiente *ámbito* psicoanalítico local y se convierten en figuras relevantes en la formación de los noveles interesados por el legado freudiano.

Forma parte del grupo fundador de la APU, ocupando el lugar de la primera presidencia de dicha institución en el año 1955. Su participación fue activa y determinante en la fundación y desarrollo de esta primera etapa de la APU.

Héctor Garbarino, en un texto publicado en la RUP, «Evocación de Rodolfo Agorio», en el año 1991, con motivo de su muerte, lo describe de la siguiente manera:

Visionario, comprendió la necesidad de introducir el psicoanálisis en el país y fue él quien principalmente preparó el terreno para la obra que realizarían después los profesores Baranger. A su lado, [...] el crecimiento del grupo psicoanalítico fue posible, lento pero seguro. [...] Su formación científica original fue la psiquiatría, siendo uno de los más grandes maestros que ha tenido la psiquiatría nacional, gran clínico, de una percepción muy fina y aguda de la psicología mental, sus clases clínicas fueron memorables. [...] De mirada bondadosa y despejada y rostro sonriente y agradable, su sola presencia producía la sensación de paz y elevación de espíritu. [...] Vivió su vida retirada, recluso cada vez más en su casa. Indiferente a los honores y los aplausos. Apasionado lector, sus intereses abarcaron tres campos, la psiquiatría, el psicoanálisis y la literatura, a la que finalmente se entregó exclusivamente en los últimos años de su vida. Escribió especialmente sobre psicoanálisis aplicado a la literatura y diferentes trabajos suyos fueron recogidos en su libro *Psicoanálisis y literaturas*. Interesado fundamentalmente por el aspecto creativo de la locura estudió la obra del poeta Gerardo de Nerval, uno de sus autores más admirados (Garbarino, 1991).

Publica su primer artículo, «Identificación y personaje»,<sup>20</sup> en la edición del tomo IV (1961-1962) en el año 1961, cinco años después de la primera edición de la RUP. No obstante, participa, en su rol de integrante del comité de redacción de los artículos de revisión de textos, principalmente de autores extranjeros, publicados al final de la edición de la revista. Publica seis artículos en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, por lo que tampoco es extensa su producción en esta etapa.

Rodolfo Agorio ocupó lugares relevantes en estos dos momentos de su vida y se convirtió en figura pública, pasible de considerado actor protagónico. Sus textos publicados en ambas revistas, la de psiquiatría y la de psicoanálisis, registran y dan testimonio de los diferentes momentos en su recorrido clínico y su producción teórica.

Su aporte al psicoanálisis es notorio y valorado no solo desde los ámbitos propiamente psicoanalíticos. Las referencias a Agorio desde la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* destacan sus profusas y valiosas aportaciones de orientación psicoanalítica «que fueron publicados por la *Revista de la Sociedad Psicoanalítica*» (Touriz, 1983, p.34).

La figura de Agorio, y su producción teórico-clínica, permite pensar los posibles movimientos y desplazamientos entre el sujeto propuesto por la psiquiatría y el sujeto del psicoanálisis, identificar las condiciones que habilitaron estos procesos y aquellos que remitieron a sostener los discursos médicos de la época.

---

<sup>20</sup> Este artículo había sido presentado anteriormente en la Asociación Psicoanalítica Argentina el 24 octubre de 1958.

## 4.2. Las publicaciones de Rodolfo Agorio

### 4.2.1. Publicaciones en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*

**1935**

Fascioli, Ángel

**Sobre encefalitis psicósicas**

Vol. 1(1):43-66

**1938**

García Austt, Elio

**Contribuciones al estudio de una forma delirante del racionalismo mórbido**

Vol.3(14):5-36

García Austt, Elio; Fascioli, Ángel

**Estados catatónicos reaccionales a estructura psicopática de carácter emocional**

Vol. 3(17):5-41

**1946-1947**

**Herencia y psicopatías**

Vol. 11(66):17-48,1946

**Herencia y psicopatías**

Vol. 12(67):19-48,1947

**Herencia y psicopatías**

Vol. 12(68):15-48,1947

**Herencias y psicopatías**

Vol. 12(69):29-48,1947

**Herencias y psicopatías**

Vol. 12(70):29-48,1947

**1958**

Bachini, Ofelia; Da Costa, Roberto; Tobler, Carlos Hugo

**Mutación de los cuadros clínicos después de las curas de sueño**

Vol. 23(135):27-47

#### 4.2.2. Publicaciones en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (RUP)

**TOMO 4. 1961-1962**

**PARTE 2**

Agorio, Rodolfo.

**Identificación y personaje**

(0070)

**TOMO 6. 1964**

**PARTE 4**

Agorio, Rodolfo.

**Enfoque psicoanalítico sobre algunos aspectos de la obra de Gerardo de Nerval**

(0111)

**TOMO 8. 1966**

**PARTE 1-2**

Agorio, Rodolfo; Freire de Garbarino, Mercedes; Garbarino, Héctor ; Lacava Meharu, Marta ; Maberino de Prego, Vida; Prego Silva, Luis Enrique.

**Relato oficial sobre el tema «Manía»**

(0135)

**TOMO 11. 1969**

**PARTE 43**

Agorio, Rodolfo.

**Psicoanálisis aplicado a la literatura; primera parte.**

(0205)

**TOMO 12. 1970**

**PARTE 1-2**

Agorio, Rodolfo.

**Psicoanálisis aplicado a la literatura; segunda parte.**

(0213)

**NÚMERO 59. 1979**

Agorio, Rodolfo

**Algo sobre Enrique Pichon Rivière**

(0299)

Agorio publica también sus artículos en la *Revista de Psicoanálisis de Buenos Aires*, tomo XXV, n.ºs 3-4. Tenemos registro del texto «Algunas consideraciones sobre la idealización» publicado en el año 1968 y citado por Héctor Garbarino en su artículo «El mundo inanimado del esquizofrénico».

Las publicaciones de Agorio pueden ser catalogadas como teórico-clínicas. En la mayoría integra aspectos de su experiencia clínica en interacción con sus referentes teóricos sobre el tema expuesto.

### 4.3. El recorrido de Agorio

El recorrido realizado por Agorio en la constitución de la clínica psicoanalítica supone un proceso de diferenciación a partir de la práctica médica. Tal como en los comienzos del psicoanálisis, la incipiente práctica clínica psicoanalítica se conforma y hace lugar en el marco del ámbito médico, en particular, en el de la psiquiatría, en el caso uruguayo.

En este punto, importa diferenciar *la llegada* de las ideas psicoanalíticas del proceso que llamamos *de recepción e integración de las ideas psicoanalíticas*. Este movimiento primero se produce tempranamente en el Uruguay (Barrán lo ubica a partir del año 1913, pero como detallamos anteriormente se registran menciones a las ideas freudianas ya desde antes en las publicaciones de nuestro país) y supone la circulación de las ideas freudianas, en un plano instrumental y/o crítico.

Por su parte, con la recepción e integración refiero a un proceso activo de incorporación del legado freudiano, el cual modifica sustancialmente las teorías explicativas y las técnicas de abordaje del sufrimiento del sujeto. Este proceso tomó su tiempo en concretarse en nuestro país. Puede reconocerse su inicio alrededor de la década del 50, y puede considerarse que se vio formalizado-institucionalizado con el proceso de fundación de la APU.

Teniendo en cuenta estos movimientos, en Agorio y a grandes rasgos, es posible distinguir tres momentos que ofician de mojones en los cambios que se produjeron en la noción de sujeto y en el proceso de integración de las ideas psicoanalíticas al país:

#### **La etapa psiquiátrica-biologicista (1935- 1955)**

Los textos analizados publicados en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* fueron:

- «Contribuciones al estudio de una forma delirante del racionalismo mórbido» (1938).
- «Herencia y psicopatías» (1946-1947). (Fueron analizados los cinco capítulos que componen la tesis.)

#### **La etapa psicoanalítica-kleiniana (1955- 1970)**

Los textos analizados en las publicaciones de la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* fueron:

- «Identificación y personaje» (1961-1962).
- «Enfoque psicoanalítico sobre algunos aspectos de la obra de Gerardo de Nerval» (1964).
- «Relato oficial sobre el tema *manía*» (1966).

### **La etapa psicoanalítica freudiana y posfreudiana (1970- 1980)**

- «Psicoanálisis aplicado a la literatura»; primera parte (1969).

Si bien no formaron parte del corpus central de material considerado para el presente estudio, se tomó contacto con los siguientes artículos escritos por Agorio (alguno de ellos en coautoría).

- «Reconsideración de Freud» (1976).
- «Algo sobre Enrique Pichon Rivière» (1979).

Agorio no sigue fielmente la tradición freudiana en su interés por las históricas. En su etapa como psiquiatra va a publicar un caso de racionalismo mórbido, interesado por aquel trastorno caracterizado por la ruptura del contacto vital. Posteriormente, y a partir de sus publicaciones en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, su interés se perfila hacia el psicoanálisis aplicado al arte, en particular lo que refiere a la literatura. Interesado por aquellos casos emblemáticos, donde la locura se hace presente, Agorio dedica varios de sus artículos a este tema. En las obras posteriores va a profundizar en su interés por los autores literarios, publicando en el año 1983 su libro *Psicoanálisis y literatura* en Ediciones de la Banda Oriental.

El análisis de gran parte de la obra de Agorio, publicada tanto en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* como en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, nos permite realizar esta primera distinción, que facilita y ordena el desarrollo sobre el tema planteado, y a partir del cual se basará el análisis de la tesis.

Dicha distinción se fundamenta en los referentes teóricos en los que Agorio sustenta su producción teórico-clínica, y por lo tanto refleja en ellos las nociones sobre el sujeto, la enfermedad y las prácticas terapéuticas en los distintos momentos.

Con relación a la selección de los artículos para la realización del presente estudio, se establecieron dos fuentes documentales: la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (publicada por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay) y la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (publicada por la APU). Ambas revistas son consideradas como fuentes documentales, ya que además de contar en sus ediciones con la presentación de artículos teórico-clínicos y de casos clínicos (y los intercambios posteriores sobre los casos presentados); son referencia nacional en el ámbito académico y científico de nuestro país.

Con relación a los criterios de selección del material escrito por Agorio, en primer lugar se consideró la variable cronológica, con el objetivo de integrar en el análisis de los casos las primeras publicaciones del autor, hasta el año 1970, periodo de tiempo que comprende la etapa del psicoanálisis institucionalizado (con la consiguiente fundación de la APU en el año 1956), y su trayectoria de diseminación posterior.

Por otro lado, se estableció que la definición de material publicado tuviera carácter clínico. Con ello se entiende, ya sea la consideración de los casos clínicos publicados u otro tipo de artículos que, no correspondiendo a la categoría anterior, contemplara aspectos que refieren a lo clínico.

La producción teórico-clínica de Agorio, considerada como acontecimiento discursivo sobre la cual —y a partir de la cual— los discursos sobre la enfermedad mental se despliegan, arman y reorganizan, será el recurso a partir del cual se estudiarán los puntos continuistas y los movimientos de desplazamiento que dieron lugar al proceso de diseminación de las ideas psicoanalíticas.

## 5. Capítulo v. La etapa psiquiátrico-biologicista de Agorio

### 5.1. La etiología multicausal de la enfermedad mental: entre las causas orgánicas y las causas sociales, morales y psicológicas

En sus inicios Agorio adhiere a los postulados biologicistas de la psiquiatría del Novecientos y ubica en los factores orgánicos la etiología de la enfermedad mental.

La tradición organicista de Agorio en sus primeros años de labor como psiquiatra se hace evidente en sus textos, publicados en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Esta pretensión biologicista se traduce en su producción teórica, pero se hace claramente explícita y toma lugar en su artículo «Herencia y psicopatías» (1946-1947), referencia teórica en el nombre de Morel.

Durante los años 1946 y 1947 publica su tesis presentada en el concurso de profesor agregado de psiquiatría de la Facultad de Medicina. Texto extenso que es organizado en cinco partes, y publicado en distintas ediciones de la *Revista de Psiquiatría de Uruguay*. En él va a exponer su preocupación por el tema de la transmisión hereditaria y su relación con los trastornos mentales.<sup>21</sup>

Bénédict Augustin Morel,<sup>22</sup> médico francés, es reconocido como uno de los referentes más influyentes en el campo de la psiquiatría durante el siglo XIX. Influenciado por las teorías evolutivas predarwinianas, en 1850 presenta su teoría de la degeneración, que va a desarrollar en su emblemático libro *Tratado de degeneración de la especie humana*, publicado en 1857.

Agorio hace suyas muchas de las ideas propuestas por Morel. Explicita, reiteradas veces a lo largo de su tesis, la complacencia con los postulados de la teoría de las degeneraciones, y defiende hasta un punto casi personal la figura de Morel.

En medicina mental, antes que las obras de Darwin dieran al estudio de la herencia biológica el impulso que le dieron se había impuesto una doctrina elaborada por sabio cuyo nombre llena por sí solo, toda una época en la historia de la psiquiatría: Morel (Agorio, 1947, p. 23 ).

---

<sup>21</sup> La tercera parte de dicha tesis, es un capítulo dedicado plenamente a los aspectos biológicos del tema de la herencia («Herencia biológica», «Fundamento celular de la herencia», «Prueba de la teoría cromosómica»; son algunos de los títulos bajo los cuales se desarrollan los temas en dicho apartado).

<sup>22</sup> Nace en Viena el 22 de noviembre de 1809 y muere el 30 de marzo de 1873. Asistió a la universidad en París y en 1839 obtuvo su doctorado en medicina. Dos años más tarde comenzó a trabajar como asistente del psiquiatra Jean-Pierre Falret (1794-1870) en el Hospital de la Pitié-Salpêtrière en París. Su interés por la psiquiatría y la atención de los pacientes psiquiátricos, lo llevó a proponer e introducir reformas relacionadas con el bienestar de los pacientes (liberación de las prácticas de restricción) en los asilos en que se desempeñó como director (Asile d'Aliénés de Maréville en Nancy, asilo mental de Saint-Yon en Ruan).

Morel, organicista en sus postulados, le permite a Agorio dar continuidad al pensamiento hegemónico de la época, pero a su vez, introducir —a través de su teoría— nuevas nociones sobre el tema.

Morel fundamenta sus conceptos sobre la herencia en principios teóricos interesantes. «La transmisión hereditaria, dice, tiene su lugar de una manera tanto más cierta, cuanto que el sistema nervioso está dotado de una virtualidad bastante grande, para que por un parte, la aptitud a reproducir fenómenos enfermizos periódicos se vuelve necesariamente, una nueva facultad del encéfalo, y para que, por otra parte, las transformaciones enfermizas en el individuo se sucedan en tal forma, que parezcan recorrer un ciclo fatal, cuyos diferentes grados periféricos son marcados por un orden de fenómenos de naturaleza fija y determinada». Es sobre toda esta última modalidad de los síntomas nerviosos, que da a Morel mayor apoyo para justificar su tendencia unicista en las afecciones mentales (Agorio, 1947, p. 28).

En este hecho, es posible reconocer, tal como plantea Canguilhem, los movimientos de desplazamiento y continuidad. Por un lado, Morel le permite a Agorio no entrar en contradicción con los discursos biologicistas de la época, y en este punto ser continuista. Pero a la vez, lo habilita a introducir líneas teóricas novedosas, que colocan los aportes de Agorio no en los carriles del determinismo hereditario y sí desplazarse a introducir nuevos sentidos en lo que al concepto de herencia refiere.

A partir de la teoría de la degeneración de Morel, se producen en Agorio dos movimientos considerados relevantes en función del posterior proceso de integración de las ideas psicoanalíticas en el país, y que lo diferencian de las posturas más dogmáticas sobre el determinismo biologicista. El primero: de la herencia y las causas únicas a la etiología multicausal. El reconocimiento dentro de las causas de los factores morales, sociales, intelectuales y psicológicos.

Las condiciones de degeneración, en las cuales se encuentran los herederos de ciertas disposiciones orgánicas viciosas, no solo se revelan por características exteriores fáciles de descubrir, como la baja estatura, la conformación defectuosa de la cabeza, el predominio de un temperamento malsano, las deformidades, las anomalías orgánicas y la imposibilidad de reproducirse, sino aún más profundamente en las más extrañas aberraciones en el ejercicio de las facultades intelectuales y de los sentimientos morales (Morel, 1857, p. 62).

El segundo movimiento es el de la clasificación de los síntomas a la búsqueda y clasificación de las causas. Se le reconoce a Morel el pasaje de la clasificación sintomática —basadas solamente en la diferenciación de síntomas o de manifestaciones corporales— a una clasificación etiológica de las enfermedades mentales, (Caponi, 2009, p. 428).

Ese es el contexto en el que surge el *Tratado de degeneración* de Morel donde se defiende una posición contraria, tanto a las ideas de los naturalistas que firmaban una causa climática única de los procesos de degeneración, como a la psiquiatría de Pinel y Esquirol, quienes diferenciaban los tipos de locura por referencia a la sintomatología y no a la etiología (cf. Ackerknecht, 1982). Para Morel, que postula la existencia de una pluralidad de causas de la degeneración, era preciso clasificar las patologías en familias y grupos nosológicos de acuerdo con la causa predominante. Entonces se podría proponer una terapéutica adecuada, en el caso de tratarse de degeneraciones reversibles, y se podría anticipar, por vía de acciones de profilaxis y de higiene, la ocurrencia de padecimientos irreversibles (Caponi, 2009, p. 425).

Morel, preocupado por la etiología de la de degeneración, va a describir seis posibles causas, que se citan a continuación siguiendo a Sandra Caponi, 2009:

1. Degeneraciones por intoxicación (incluye en este grupo la mayor parte de las causas climáticas destacadas por los naturalistas, se destaca el abuso de alcohol).
2. Degeneraciones resultantes del medio social (como las producidas por actividades industriales, la miseria y las profesiones insalubres).
3. Degeneraciones que resultan de una afección mórbida anterior o de un temperamento malsano (el conjunto de degeneraciones producidas por esta causa da lugar a todo ese grupo de enfermos que habita en los hospitales psiquiátricos: los hipocondríacos, aquellos que poseen ideas delirantes, los maníacos, los melancólicos, los que sufren de parálisis general, los que padecen idiotismo e imbecilidad).
4. Degeneraciones derivadas de la inmoralidad (se refiere específicamente a las degeneraciones físicas que derivan de males morales e influencias intelectuales. Para Morel, existen ciertas marcas en los cuerpos, ciertos estigmas que son los trazos biológicos de la inmoralidad).
5. Degeneraciones que provienen de enfermedades congénitas o adquiridas en la infancia (aparecen en la infancia como consecuencia de un desarrollo deficitario del sistema nervioso, como en el caso de los retardos mentales y del idiotismo congénito).
6. Degeneraciones que están en relación con las influencias hereditarias (esta es la causa más general y universal, pues está presente, de algún modo, en todas las formas de degeneración).

Agorio, tomando fielmente los postulados de Morel, va a centrarse en su tesis, principalmente en las causas hereditarias y las causas morales. En ella destaca particularmente la participación de las causas morales y su vinculación con los aspectos hereditarios.

Casi obsesionados por encontrar un «casillero» donde ubicar determinado número de enfermos y deslumbrados por el prestigio del método anatómico-clínico, cometieron el grave error de descuidar el estudio psicológico de los alienados, de pasar por alto el aspecto moral y social de los problemas relacionados a la patología mental y sobre las cuales insistía tanto Morel, de hacer de la degeneración un círculo definitivo, fatal sin recuperación posible, y sobre todo de no saber aprovechar las preciosas sugerencias que aquel sabio maestro había desparpado a manos llenas (Agorio, 1947, p. 36).

Ambas cuestiones quedan expuestas por Agorio, ya desde antes, en la publicación del caso Juan T. en el texto «Contribuciones al estudio de una forma delirante aguda de racionalismo mórbido» de 1938.

En el tratamiento de dicho caso, hay una intencionalidad de sobrepasar la descripción nosográfica y la clasificación semiológica centrada principalmente en los síntomas corporales, para ampliar la perspectiva de la enfermedad hacia los aspectos causales y etiológicos.

En este punto, Agorio critica los aportes de Rogues de Fursac y Eugène Minkowski sobre el pensamiento esquizofrénico, en tanto considera que no van más allá del planteo del problema. Estos centran su estudio en la pérdida de contacto con la realidad que esta enfermedad supone: «Su élan personal afirman aquellos autores en lugar de buscar integrarse a la realidad hizo, en cierto modo, tabla rasa con ella y privado así de su punto de apoyo material se pierde como se dice en las nubes» (Agorio, 1938, p. 24).

Con relación a esta descripción sobre el pensamiento esquizofrénico, Agorio afirma:

Por lo demás, no hay que perder de vista que ésta, una interpretación de la enfermedad mental, no hay que considerarla como una explicación a menos que se incurra en la falacia de considerar como tal lo que es tan solo el planteo del problema (Agorio, 1938, p. 25).

No obstante estos intentos, Agorio no logra avanzar en su propósito explicativo del racionalismo mórbido descrito en Juan T. Sus explicaciones no logran trascender el plano de titulares generales que terminan no pudiendo dar cuenta de los procesos y fenómenos vinculados a la génesis de este trastorno mental.

Vivir y sobre todo vivir en sociedad significa, poner en juego un conjunto de hábitos montados sobre mecanismos sensorio-motores que entran en función espontáneamente y que producen en el individuo el sentimiento inefable de libertad y espontaneidad. Si estos mecanismos fallan, dejando intacto el instinto vital, es lógico que las funciones puramente intelectuales traten de suplirlos para traer al hombre a la realidad. [...] la esquizofrenia [...] compromete la función sensorio motriz que condiciona la inserción social (Agorio, 1938, p. 29).

Agorio retoma la idea de herencia propuesta desde la teoría moreliana. La herencia se entiende ya no en términos de transmisión directa e inmediata, «[...] según los padres tienen

tendencia a legar a sus hijos todos los caracteres» (Agorio, 1947, p. 23); sino contemplando «el número de combinaciones posibles entre los elementos trasmisibles lo cual daría cuenta de la complejidad del patrimonio hereditario y la variabilidad de los rasgos en la descendencia» (Agorio, 1947, p. 26).

Esto nos conduce a la fórmula que hoy admiten todos los genetistas: lo que se hereda, más que un carácter fijo, es una constitución o modalidad especial que hace que, bajo determinadas influencias del ambiente, los individuos reaccionen siempre de la misma manera, específica para cada línea pura o genotipo [...]. Estas verificaciones experimentales permiten llegar a una conclusión capitalísima, y es que los caracteres adquiridos por el organismo adulto no son trasmisibles, pues lo que se hereda no son los órganos, ni las cualidades desarrolladas por el individuo adulto, ni las modificaciones más o menos profundas que pueden imponerle a éste los agentes externos, sino las cualidades incluidas en sus células germinativas, su constitución genotípica (Agorio, 1947, p. 29).

Con la teoría de Morel, se desplaza hacia una zona más compleja la noción de herencia: la expresión de los caracteres heredados se produce en el interjuego entre lo heredable (puramente del orden biológico) y las condiciones del ambiente. La idea de Morel sobre la herencia se diferencia entonces claramente de las teorías clásicas existentes al momento — que suponía la herencia en los descendientes de las mismas conductas— para afirmar que lo que se hereda es la predisposición a la conducta.

Es allí donde Agorio, sosteniendo el carácter biológico, reconoce la multicausalidad de la enfermedad mental. Sostiene que no puede ser reducido, de ninguna manera, al fenómeno orgánico e integra a las causas etiológicas la participación de otros factores (sociales, intelectuales, morales). La enfermedad ya no es exclusivamente entendida como un desorden a nivel orgánico, sino que es expresión de la conjunción de múltiples dimensiones.

Con estos movimientos a partir de la teoría moreliana y, aún con el enfoque biologicista, es posible reconocer otros desplazamientos: Agorio toma los aportes sobre la predisposición hereditaria y reconoce específicamente los esfuerzos de Morel en la constitución e integración somato-psíquica. El reconocimiento de la participación de los factores morales, intelectuales y psicológicos en la teoría de las degeneraciones trae consigo el intento de articular aquello que ocurre en el cuerpo con los *fenómenos psicológicos*.

Debemos tener en cuenta todavía que no es posible querer establecer para todos los fenómenos psicológicos su correlación orgánica, por la sencilla razón de que muchos de ellos son función de la vida social. Es este último, un aspecto de la personalidad humana que desgraciadamente acaso todos los tipologistas han pasado por algo. Pero una vez desglosados estos dos psiquismos, el que podríamos llamar colectivo e individual y establecido a qué rasgos físicos corresponden determinados caracteres espirituales, se habrá dado el primer gran paso a la solución de la herencia psicológica (Agorio, 1947, p. 25).

De esta manera, se permite plantear otras formas de pensar la transmisibilidad entre generaciones, implicando la complejidad de la multicausalidad y con ello la interacción entre las diversas dimensiones del sujeto. Se pasa de su explicación como fenómeno puramente biológico al reconocimiento de los factores ambientales, morales, sociales y psicológicos, como condiciones que influyen en la expresión de lo biológicamente heredado. Supone un corrimiento del exclusivo determinismo biológico y se reconoce la influencia de estos otros factores en la etiología de la enfermedad.

## **5.2. La enfermedad mental: de los factores orgánicos a la participación de las causas sociales, morales, intelectuales**

La preocupación e interés sobre las causas morales e intelectuales en los procesos de degeneración se hace manifiesta y constante durante todo el desarrollo de su tesis.

Morel, dentro de las causas etiológicas describió la existencia de causas mixtas, morales y físicas, y con ello, el reconocimiento de que las causas físicas pueden tener efectos morales y viceversa: «factores intelectuales y morales que afectan determinados órganos y tejidos y que tienen impacto directo en la creación de diferentes clases de degeneración, aquí se trata de degeneraciones físicas que provienen de un mal moral» (Morel, 1857, p. 54). Tal como vimos en su intento de integración somato-física.

Agorio retoma estas afirmaciones del pensamiento moreliano y reconoce la participación de los factores morales, sociales, familiares y psicológicos en la degeneración. Operación esta que se traduce en al menos tres dimensiones: en el lugar de relevancia que le otorga durante toda su obra a los mismos, en la crítica que realiza a aquellos que no contemplaron estas aristas sobre el tema, y en la referencia a autores que según Agorio representan este movimiento (Durkheim, Freud, Marx, Foucault).

Los estudios hechos sobre las relaciones entre la estructura física y el carácter han logrado adquisiciones valiosísimas para la psiquiatría, y echaron las bases de una nueva ciencia que se encuentra en pleno desarrollo (Agorio, 1947, p. 17).

Se afirma, de esta manera, la insuficiencia de los criterios puramente biológicos en la comprensión de la enfermedad mental. Los trastornos mentales —en este caso las degeneraciones—, son causados no solo ya por factores biológicos, sino que se reconoce la participación de otras causas que Agorio engloba como morales, sociales y psicológicas.

Se desprende de la lectura del libro de este sabio, que para él, la degeneración de una raza o de una familia, no lo era tanto como consecuencia de una ley oscura, inexorable y fatal, como de la acción múltiple de agentes etiológicos externos, ya sean estos tóxicos, o de orden

moral y social. Toda la obra de Morel es un estudio de los factores y significa un esfuerzo formidable de síntesis de todos los conocimientos médicos de la época (Agorio, 1947, p. 23).

Agorio critica las posturas netamente biologicistas y ubica en estos fundamentalismos su fracaso.

Pero aun así, aunque limitada en su alcance, hoy nadie puede dudar de la realidad de la acción de aquellos factores sobre la conducta del hombre. Por haberla desconocido, por haber desdeñado esas juiciosas observaciones sobre el juego de los múltiples agentes mesológicos sobre el organismo humano y su expresión, los racistas y los partidarios extremistas de la herencia fracasaron en su intento de querer reducir a este último factor, todo lo complejo de las manifestaciones vitales (Agorio, 1947, p.17).

Es crítico con los autores posmorelianos que centraron su estudio sobre la herencia en el terreno biológico y que «cometieron el grave error de descuidar el estudio psicológico de los alienados, de pasar por alto el aspecto moral y social de los problemas relacionados con la patología mental [...]» (Agorio, 1947, p. 36).

La enfermedad se ve entonces como el resultado del interjuego de diversas causas de distinto orden (moral, social y físico, entre otras), donde el componente biológico sigue ocupando un lugar central. «Cada caso de degeneración, del más leve al más grave, es visto como resultado de causas físicas (lesiones cerebrales), intelectuales, sociales y morales interrelacionadas [...]» (Caponi, 2009, p. 443). Esto representa, sin duda, un movimiento que orienta las teorizaciones sobre la enfermedad hacia la complejización y la integración de los aspectos emocionales como parte de dicho proceso.

Desde las ciencias sociales Agorio hace mención a los aportes de Émile Durkheim, directamente vinculados al papel fundamental de los aspectos sociales:

Con Durkheim y su escuela se dio un paso más. La sociedad según aquel, no solo modifica y deforma los caracteres humanos, sino que interviene activamente en la propia estructuración del psiquismo. No solamente condiciona el contenido de nuestro pensamiento, sino que el modo de pensar, los conceptos y las categorías del entendimiento, son modelados y mantenidos a través de las generaciones, por obra de la coacción social (Agorio, 1947, p. 18).

Asimismo toma los aportes teóricos del psicólogo inglés William McDougall sobre sus conceptualizaciones de la teoría del instinto y la psicología social (Agorio, 1947, p. 34). Las referencias a las teorizaciones de McDougall, tal como sucede en el caso de Morel, le permiten a Agorio introducir elementos novedosos en el intersticio que dejan las teorías vigentes en ese momento. Sin entrar en contradicción con las lógicas biologicistas, con McDougall fundamenta el desarrollo de la inteligencia y de los aspectos emocionales con relación a la experiencia (Agorio, 1947, p. 42).

Se legitima la importancia del medio familiar y social sobre la degeneración —y por ende de la enfermedad mental— y «sobre la formación del carácter del individuo» (Agorio, 1947, p. 27). Aspecto este, que como veremos posteriormente, relacionó con los aportes de la teoría psicoanalítica.

Ya en el caso Juan T., publicado ocho años antes que su tesis, Agorio subraya el papel de los aspectos sociales en la etiología de los trastornos mentales. «Trataremos de demostrar más lejos que todos los trastornos sufridos por T. se hallan ligados a su ineptitud para el desarrollo completo de la acción social» (Agorio, 1938, p. 18).

En las explicaciones sobre el cuadro psicopatológico de Juan T., los factores sociales y la relación con el medio se presentan en sus múltiples dimensiones: en su participación en la estructuración psíquica del sujeto, parte del cuadro sintomático, y de las causas etiológicas de la enfermedad (y por ende dimensión que se ve gravemente afectada en estos pacientes).

Ese contacto con la realidad consiste en las múltiples relaciones íntimas de las personas con el ambiente y de esta reacción mutua «se establece esa armonía que nos permite seguir la marcha del mundo y al mismo tiempo salvar la noción de nuestra propia vida». [...] ya que en efecto la característica de la locura es ese apartamiento del ambiente encontrado en todos los psicópatas. [...] Porque tener el sentido de la realidad significa adaptar su conducta a un ambiente movible, cambiante que se complica y que se hace aún más variable en virtud de la intervención de los factores sociales (Agorio, 1938, pp. 24-25).

De allí, que en los casos de la época, el aislamiento aparece como parte del conjunto de instrumentos terapéuticos utilizado con este tipo de pacientes, tal como sucede con Juan T. y sus internaciones en el Hospital Vilardebó.

Se integra, aún de forma tímida, la dimensión psicológica en la etiología de la enfermedad mental. Agorio afirma en su texto que «debemos dirigir nuestra atención al desarrollo y evolución generales de las funciones psíquicas porque constituye un problema de cuya solución depende gran parte el establecimiento definitivo de las leyes de trasmisión hereditaria de aquellos» (Agorio, 1947, p. 29).

Los aspectos psicológicos a los que refiere Agorio parecen englobarse en lo que Guillermo Maci llama «la ferretería» del yo, «el viejo arsenal de la psicología decimonónica, la sustancia con sus atributos: atención, memoria, percepción, juicio, etc.» (Rodulfo, 2013, p. 187).

Dentro de los «procesos psicológicos» se preocupa por la percepción, la memoria, las sensaciones, la atención, temas estos propios de la psicología experimental del siglo XIX, de la cual Agorio parece tomar estos elementos.

Los procesos psicológicos, especialmente los más elevados, los que conocemos bajo el nombre de percepción, memoria, juicio, etc., no son fenómenos únicos o irreductibles; no son facultades, sino que son la resultante de la interacción de funciones más elementales, y de la integración de los procesos más simples en otros de mayor complejidad (Agorio, 1947, p. 29).

A partir de las sensaciones se elaboran y se construyen todas las demás facultades psíquicas; la memoria es la persistencia de una sensación: la atención no es al principio, sino una reacción especial provocada por el estímulo sensorial de mayor intensidad; el juicio es una apreciación de dos sensaciones diferentes, etc. En esta forma toda la vida psíquica tiene su fundamento en los fenómenos sensoriales (Agorio, 1947, p. 30).

Tiene una postura evolucionista con relación al desarrollo de las funciones superiores, es a partir de las sensaciones que se ensambla y constituyen aquellas estructuras de mayor complejidad vinculadas a las funciones psíquicas. En este aspecto, Agorio se muestra continuista con las tradiciones biologicista y evolucionista en boga por esa época, con los desarrollos de las teorías de Darwin mencionados en sus artículos.

De este fondo común sensorio-motriz que podríamos considerar como un nivel inferior de integración, van surgiendo nuevas estructuras más complicadas, más diferenciadas que se sustentarán luego a las funciones psíquicas superiores. Pues en esta nueva etapa de la evolución y de expansión psicológica, es necesario como para el desarrollo somático, la acción peristáltica (Agorio, 1947, p. 35).

Los fenómenos de la percepción le permitieron a Agorio establecer una serie de relaciones y vínculos entre los aspectos sociales, psicológicos y orgánicos, sin perder su fundamento biologicista:

Vivir y sobre todo vivir en sociedad significa poner en juego un conjunto de hábitos montados sobre mecanismos sensorio-motores que entran en función espontáneamente y que producen en el individuo el sentimiento inefable de libertad y espontaneidad. Si estos mecanismos fallan, dejando intacto el mecanismo vital, es lógico que las funciones puramente intelectuales traten de suplirlos para traer al hombre a la realidad. [...] la esquizofrenia en cambio compromete la función sensorio-motriz que condiciona la inserción ambiental. (Agorio, 1938, pp. 28- 29).

La interdependencia entre lo sensorio y la motricidad es pues el hecho básico de la evolución psíquica, y puede ser considerada como un fenómeno estrictamente hereditario. El aprendizaje y el perfeccionamiento de las funciones intelectuales, sensoriales y motrices, que se observan durante el desarrollo de la infancia, y que han merecido el estudio atento y profundo de tantos psicólogos eminentes, solo son posibles dentro de los límites que les otorga la estructura motriz innata (Agorio, 1947, p. 34).

Ubica en los mecanismos perceptivos —particularmente en sus fallas— el intento de búsqueda etiológica de la enfermedad mental. Para Agorio, es sobre la falla de estos

mecanismos sensorio-motores que se explican las dificultades en los vínculos con la realidad en el racionalismo mórbido en el caso Juan T.:

Siguiendo mismo un camino diametralmente opuesto al de Minkowski, consideramos más lógico buscar los motivos de la rigidez espiritual, de esa incapacidad para llevar una vida libre y espontánea demostrada por el esquizofrénico, y en particular por el racionalismo mórbido, no en esa misteriosa «armonía con la vida» a la que solo es posible llegar mediante un esfuerzo de intuición, sino en todos esos factores sensoriales, motores y sociales que rigen la conducta del individuo. Es lo que intentamos en el caso concreto a estudio (Agorio, 1938, p. 27).

Ya en el caso Juan. T. Agorio, en su intento por trascender los aspectos descriptivos y adentrarse en las explicaciones causales, le otorga un papel central a los fenómenos vinculados con la percepción. Los reconoce como actos complejos, en donde están implicados aspectos fisiológicos y psicológicos.

A través de los aspectos perceptivos, Agorio manifiesta su defensa hacia la unicidad del sujeto en tanto pretendida integración del cuerpo-psiquismo.

Por nuestra parte, sin entrar en consideraciones de índole metafísica sobre el alma, desde un punto de vista estrictamente médico, debemos considerar el psiquismo y el cuerpo como una unidad indestructible. Al médico solo le interesa como tarea inmediata el estudio de las reacciones tanto psíquicas como fisiológicas (Agorio, 1947, p. 21).

Se incluye en los discursos la noción de *temperamento* como un concepto que se sitúa en las fronteras de la fisiología y la psicología, imposible según Agorio de «ser caracterizado enteramente en términos orgánicos», pero que le permite integrar ambas dimensiones (Agorio, 1947, p.24).

Un temperamento es un conjunto de propiedades fisiológicas y de aptitudes morales vinculadas directamente con el funcionamiento de los órganos. Existe una relación íntima y necesaria entre ciertos tipos de degeneración y ciertas lesiones del sistema nervioso que están, a su vez, vinculadas a cierto tipo de temperamento patológico. Estos temperamentos se repiten en determinadas familias, creando degeneraciones que se suceden en los descendientes, de modo que «tal temperamento, tal actitud intelectual y moral, tal cualidad o defecto físico, son característicos de ciertas familias y aún de ciertas razas» (Morel, 1857, p. 65). Lo que demuestra al mismo tiempo el carácter anatómico, cerebral, de los temperamentos y su carácter hereditario (Caponi, 2009, p. 436).

Agorio, si bien hace referencia a la participación de las causas morales, sociales y psicológicas —lo cual representa un movimiento importante en la inclusión del pensamiento psicoanalítico que se da posteriormente—, no profundiza en la descripción de sus características, ni en los mecanismos que sustentan y operan dichas causas.

Con relación a las causas psicológicas, Agorio no ahonda en estos temas, ni hace mención directa a la psicología experimental, o a alguno de sus representantes teóricos. Tampoco refiere en ninguno de los pasajes de los dos textos analizados al método experimental —elemento central de la psicología experimental— ni a la observación, aspecto príncipes dentro del mismo.

Por momentos, causas morales, sociales y psicológicas parecen utilizarse indistintamente. Su mención se hace a modo de titulares, sin reparar en ninguna parte de estos textos en el alcance de sus nociones, y en los aspectos diferenciales que distinguen unas de otras. De manera imprecisa, se hace alusión también a «los sentimientos morales», «al psiquismo», «al alma», «a los aspectos espirituales», «al temperamento», que sin ser definidos claramente, parece ubicar en ellos lo que refiere a los aspectos emocionales del paciente.

Parecen englobar un gran grupo de «causas no orgánicas» que, más que sus alcances conceptuales, parecen adquirir su relevancia en relación con los aspectos biológicos y el cuestionamiento, a la exclusividad de estos últimos.

Sosteniendo la primacía de lo orgánico, da paso e integra, tanto en el proceso de constitución del psiquismo humano como en el proceso de enfermedad, lo que refiere a la dimensión psicológica y social como parte del problema.

Estas consideraciones no implican desde luego la negación de los factores hereditarios, lo que sería absurdo, pero nos muestran la complejidad de los elementos que entran en juego, y nos pone en guardia contra la inclinación de tomar como simples los fenómenos complejos. La acción del medio social sobre el carácter es pues decisiva, y por lo tanto más enérgica cuanto que aquel es mucho más complicado de lo que aparenta (Agorio, 1947, p. 43).

Igualmente, el reconocimiento de los aspectos psicológicos —ya sea en estos sentidos y de manera poco precisa— se ubican en la línea de la ruptura y la diferenciación con las posturas biologicistas hegemónicas, y se dirige hacia el pensamiento complejo que supone la integración de la vida anímica en el sufrimiento del sujeto. Genera, además, condiciones en el terreno académico propicias para el posterior advenimiento y recepción de las ideas freudianas.

### **5.3. De la perspectiva moral hacia la lógica prevencionista**

Morel dio continuidad a la tradición biologicista que sostuvo la etiología orgánica de la enfermedad mental y mantuvo el enfoque moralista en su tratamiento, a los cuales Agorio adhirió y promovió a lo largo de su tesis *Herencia y psicopatías*.

Con su teoría sobre las degeneraciones, Morel promovió las posturas moralistas sobre la enfermedad mental, que claramente encuentran sus seguidores en la psiquiatría uruguaya de comienzos de siglo. Funcional a la etapa de civilización social y desarrollo económico, sus ideas dan continuidad a las necesidades del control social de la época.

Además de los agentes físicos, Morel da a los factores morales una importancia primordial en el estudio de las causas de la degeneración y para él las lesiones no deben solamente referirse al orden físico sino también al orden intelectual y moral. [...] Y es por esto que insiste repetidas veces, en el transcurso de su obra, sobre las consecuencias funestas que tienen sobre el individuo la depravación moral en sus múltiples aspectos y como coadyuvan con las causas físicas hasta el punto de constituir un factor de extraordinaria importancia en la degeneración de la especie. En esta forma Morel, ya señalaba en aquella época y lo exponía a la consideración de médicos y sociólogos, de manera clara y concisa, la influencia fundamental del medio familiar y social sobre la formación del carácter del individuo (Agorio, 1947, p. 27).

Esto reafirma la idea que los modelos que se incorporan no sustituyen totalmente a los viejos, sino que tal como vemos sucede en el caso de Agorio (y quizás lo podamos hacer extensivo al caso uruguayo) la integración de las ideas freudianas como marco de referencia se produce en un movimiento lento, que supone la coexistencia y relaciones de cooperación entre las nuevas ideas y las existentes hasta el momento.

Su propuesta, que no entra en contradicción con las ideas imperantes de la época, propone nuevos fundamentos a los tratamientos morales.

Esta posibilidad de heredar no solo las malas disposiciones, sino también las condiciones inmorales y viciosas de los padres, lo lleva a formular, lo que él llama la ley de la doble fecundación en el sentido del mal físico y el mal moral. Así pasa por ejemplo en el alcoholismo: la razón, dice, es fácil de concebir cuando se tiene en cuenta que el hecho de la embriaguez de los padres se une a las numerosas condiciones degeneradoras de la especie, que crean la miseria, la inmoralidad y la ausencia para los hijos de toda enseñanza fecunda (Agorio, 1947, p. 29).

Agorio toma de Morel la importancia del alcoholismo y el consumo de drogas (principalmente del opio) como una de las principales causas de la degeneración en las enfermedades mentales y le dedicó gran parte de su tesis a este tema.

Así considerado, no hay nada de falso ni extraordinario en las aseveraciones de Morel, el efecto realmente devastador que ejercen sobre la especie humana los tóxicos como el alcohol y los estupefacientes, las enfermedades crónicas como la tuberculosis, la sífilis, el paludismo; la alimentación incorrecta e insuficiente, unido todas estas a las condiciones de vida insalubre ligadas a la miseria física y moral (Agorio, 1947, p. 24).

Agorio, tomando los aportes de Morel, ubica en los factores externos los intentos profilácticos y allí es donde las posturas moralistas adquieren su fundamento y primacía en esta época. El tratamiento moral permitía, según Morel, evitar daños a la familia y a la sociedad y allí radicaba su importancia.

Con Morel se da paso a la psiquiatría preventiva. La enfermedad mental no puede según él ser curada en la generalidad de los casos, se hace necesario entonces poder prevenirla. Se trata de anticipar la enfermedad y de esta manera tratar aquellos comportamientos anormales. La terapéutica ya no se centra solamente en los fenómenos agudos (crisis maniaca, delirante o melancólica), como en los casos de los alienistas, sino en la llamada *profilaxis*.

Agorio, representante de esta época, sostiene y subraya estos aportes de la teoría moreliana: «[...] Morel cifra todas sus esperanzas de regeneración en la lucha contra factores etiológicos externos, en la profilaxis de las intoxicaciones de toda índole y sobre todo en la higiene física y moral» (Agorio, 1947, p. 23).

La ley moral no es una cosa nueva, pero la exposición clara y metódica hecha desde el punto de vista médico de todas las cuestiones referentes a la mejora intelectual y física de las masas, vale decir, su moralización, es una ciencia todavía nueva. Lo que también es novedoso son los datos especiales que deben presidir a ese tratamiento moralizador, frente al temperamento de los individuos, su edad, a sus predisposiciones hereditarias y a todas las condiciones orgánicas enfermizas que constituyen anomalías de orden intelectual y físico, estados de sufrimiento, y en una palabra, disposiciones degenerativas (Agorio, 1947, p. 34).

No obstante, esta perspectiva profiláctica ofrece una variante y movimiento con relación a las ideas moralistas de los alienistas. El propio Agorio explicita este esfuerzo de distinción con los médicos que lo precedieron.

Agorio es crítico con las posturas moralistas de la época y expresa su desacuerdo principalmente con aquellas que no logran distinguir la dimensión moral de la orgánica:

Pero fuera de todos estos detalles, la obra de Nordau está viciada por una lamentable confusión, que realiza de continuo, entre dos criterios distintos: el moral y el biológico. Casi toda la argumentación esgrimida por aquel autor contra los pensadores o artistas estudiados en su libro es de orden moral o estético. [...] Pero lo que es inadmisibile, es pretender hacer entrar dentro de los marcos ofrecidos por el criterio moral, a los procesos biológicos o viceversa. Las nociones morales o estéticas, consideradas como valores, son el objeto de estudio del filósofo, del moralista o del esteta, no del biólogo o del psicólogo. En una palabra; moralistas o estetas, y psicólogos se hallan abocados a dos problemas distintos: normativo, el uno, y de la realidad, el otro, y están sometidos a disciplinas particulares que desde ningún punto de vista deben ser confundidas (Agorio, 1947, p. 21).

Si bien por momentos no queda del todo claro en dónde Agorio localiza los puntos disruptivos con las teorías moralistas que lo antecedieron, es posible percibir cierta pretensión en diferenciarse de las más rígidas posturas moralistas. Sin poder desprenderse aún de estas tensiones intenta darle un marco *más científicista* —y con esto un intento objetivista sobre el tema, quizás— y diferenciarlos de los aspectos orgánicos. En este tema, como ya hemos descrito en otros, es posible ubicar la figura de Agorio en un momento de transición y movimiento. Si bien sostiene las posturas moralistas, realiza un intento, en su crítica a los enfoques de la época, de diferenciación de las posiciones fundamentalistas sobre el tema.

Agorio, como ya mencionamos anteriormente, no profundiza en las definiciones sobre estos aspectos morales y, en la mayoría de las alusiones sobre este tema, lo hace con relación a los aspectos intelectuales, sociales y/o psicológicos. En el uso que hace de las nociones vinculadas a los factores morales, intenta despojarlos o al menos matizar la carga valorativa que pueden contemplar las ideas morales, y cierto movimiento que lo conduce al reconocimiento de los factores sociales y psicológicos en el proceso de enfermedad.

Es posible pensar que, sobre el concepto de factores morales, se produjeron ciertos desplazamientos que lo llevaron de aquellas posturas más rígidas; y vinculadas con lo normativo y valorativo, tal como expone en la crítica que le realiza a Nordau; al enfoque que parece darle en sus artículos. En estos plantea cómo un concepto poco definido tiene sus ribetes que lo acercan a los aspectos sociales, psicológicos e intelectuales.

Por ende, es posible plantear que es a través de estos factores morales que se produce la integración de la multicausalidad de la enfermedad mental y el reconocimiento de la participación de los aspectos intelectuales, sociales y psicológicos.

#### **5.4. El caso Juan T: del discurso médico al discurso del paciente**

En 1938, previo a la presentación de su tesis, Agorio publica su artículo «Contribuciones al estudio de una forma de racionalismo mórbido» en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. En este expone de manera atípica para la época un cuadro de racionalismo mórbido.

Este artículo presenta extensos fragmentos del relato del paciente, escritos durante su segunda internación en el Hospital Vilardebó, a pedido de los psiquiatras.

Agorio y Elio García Austt, con quien publica el artículo, refieren a la concepción de racionalismo mórbido, planteada por Fursac y Minkowski en el año 1923. Reflejo del posicionamiento diagnóstico, la teoría de estos autores se basó en las clasificaciones etiológicas de los síntomas.

Agorio desarrolla el caso de Juan T., «[...] que incluye una formación delirante, por lo que no se corresponde totalmente con la dimensión semiológico-diagnóstica de la descripción, e inscribiría una excepción» (Behetti y Gambini, 2015, p. 5).

Si bien el paciente no se ajusta *correctamente* al cuadro (dada la presencia del delirio), Agorio sostiene la categoría diagnóstica del racionalismo mórbido.

Este hecho —en el cual se sostiene la pretensión diagnóstica basada en la clasificación de los síntomas— no obtura la posibilidad de la consideración de otros factores, los sociales, en la etiología de la enfermedad mental:

«[...] un movimiento que apunta hacia la postura de Blondel, en la cual la adaptación a la realidad y la actividad del sujeto resultan centrales. Aunque al mismo tiempo, sostienen la categoría diagnóstica de Minkowski: *racionalismo mórbido* incluyendo un elemento sintomático que difiere del cuadro diagnóstico original: el delirio (Behetti y Gambini, 2015, p. 7).

Los autores comienzan el caso con la descripción, clásica de la época, de los datos patronímicos del paciente, detallando cuestiones vinculadas a sus antecedentes familiares, desempeño laboral, datos sobre su instrucción educativa, antecedentes de la enfermedad actual, entre otros.

Las siguientes páginas del artículo son dedicadas a la transcripción textual del discurso del paciente. El texto producido por Juan T. ocupa gran parte de la publicación de Agorio y García Austt. En ninguna parte del artículo se da cuenta ni se explicita cuáles son los objetivos que se buscaron con la inclusión del discurso del paciente.

Lo cierto es que la transcripción de las palabras de Juan T. reviste carácter de novedoso con relación a las publicaciones de casos clínicos realizadas por psiquiatras en la época.

La escritura de Juan T. es recortada, anotada y comentada por los psiquiatras. Esta presentación es notoriamente atípica, no hemos encontrado una similar en el conjunto de publicaciones revisadas [...] (Behetti y Gambini, 2015, p. 8).

Se plantean una serie de hipótesis acerca de los posibles motivos de la inclusión del discurso del paciente en este caso. La primera supone que Agorio y García Austt hayan tomado contacto con las contribuciones de A. Cáceres, 1936,<sup>23</sup> vinculadas al reconocimiento del valor de las obras literarias y de las producciones artísticas como elementos clínicos para el estudio de los cuadros psicopatológicos (Behetti, Gambini, 2015).

Otra de las posibilidades se vincula directamente con las influencias del pensamiento psicoanalítico. Suponen que Agorio y García Austt hayan tomado contacto con las

---

<sup>23</sup> Reunidas en su libro *Manifestaciones artísticas en asilados del Hospital Vilardebó*, 1936.

incipientes ideas freudianas y que estas influyeron en la integración del relato del paciente en el caso presentado.

Elio García Austt en «Concepto actual de la enfermedad mental», 1938, en el número anterior a la aparición del artículo en cuestión, hace referencia al psicoanálisis freudiano en su papel dentro del pensamiento psiquiátrico contemporáneo, diciendo: «con esta doctrina, que es tanto teoría como método, se sale ya del campo objetivo estricto y se entra un poco más íntimamente al contacto de la unidad personal y verdadera» (García Austt 1938, pp. 39-40). Y más adelante cita la tesis de Jacques Lacan de 1932, para trabajar la noción de personalidad, (García Austt, 1938, pp. 55-56 y Behetti y Gambini, 2015, p. 9). Por lo cual, queda claro el contacto, al menos de García Austt, con el pensamiento psicoanalítico.

Del análisis del texto, se hace manifiesta cierta pretensión diagnóstica con la utilización del discurso del paciente.

Las páginas escritas por Juan T. revelan una personalidad inteligente que da cuenta de sus innumerables lecturas hechas en revistas y libros de divulgación científica (Agorio y García Austt, 1947, p. 9).

Naturalmente que toda esta complicada construcción, está lejos de tener la coherencia y claridad deseables, pero no obstante son innumerables lagunas que el autor pretende salvar con consideraciones «filosóficas» de auto-didacta, tienen un valor positivo como documento psicológico capaz de ilustrarnos sobre las modalidades del carácter de Juan T. (Agorio, García Austt, 1938, p. 23).

Más allá de esta falta de conocimiento con relación a los motivos que llevaron a la inclusión del relato del paciente en la publicación del caso clínico, lo cierto es que este hecho supone un cambio significativo con relación a los casos de la época.

En tanto lugar de saber, conlleva un desplazamiento que se dirige al reconocimiento de la palabra del paciente y supone un corrimiento del discurso médico al del sujeto en tanto portador de cierto saber. El paciente no es solo hablado a través del discurso médico, sino que se le concede el espacio y lugar para decir sobre su propio sufrimiento. ¿Qué interés guarda dicho discurso con la dimensión terapéutica y diagnóstica?, ¿a qué nivel puede ser integrado con la teoría que de la psiquiatría se sustenta? son parte de las cuestiones que quedan poco claras de la presentación del caso en cuestión.

Las palabras de los psiquiatras se intercalan con la del discurso de Juan T., y revisten principalmente una intención descriptiva en relación con lo relatado por el paciente. Las explicaciones acerca del padecimiento de Juan T., así como posibles síntesis interpretativas a partir del discurso de este, no se hacen presentes en las palabras de los psiquiatras

Sus pensamientos lo llevan a admitir una intención en todo. Nada hay en el mundo que no tenga sus motivos para ser: las mismas cosas toman una

participación mágica en el destino de los hombres. Las ideas, las acciones humanas, aún aquellas que en apariencias son más libres, son en realidad dirigidas intencionalmente en vista de una finalidad que escapa a nuestro entendimiento. Hay en suma, una estrecha correlación entre los fenómenos psíquicos y los hechos exteriores (Agorio, 1938, pp. 14-15).

Este movimiento hacia el sujeto es posible también visualizarlo en el tratamiento que hace Agorio del caso clínico. Se identifica, de manera aún ambigua, cierto pasaje del caso centrado en la enfermedad al caso centrado en el sujeto. Este movimiento no se encuentra aún concluido en esta primera fase de Agorio, pero es posible reconocer ciertos esbozos que se dirigen a centrar el caso en el sujeto y su sufrimiento y no en referencias universalistas y generalistas de la enfermedad.

El título del artículo, «Contribuciones al estudio de una forma delirante del racionalismo mórbido», si bien sostiene la referencia a la enfermedad, introduce la posibilidad del caso, de *un* caso. El artículo se centrará en *una forma* de las distintas que puede adoptar el racionalismo mórbido. El caso atiende las particularidades de Juan T. y lo coloca en el cruce de las teorías sobre el tema (los desarrollos teóricos de Minkowski principalmente), y lo propio de las características y de la vida del paciente.

Más allá de que estas hipótesis permiten pensar como los psiquiatras «leyeron» la escritura de Juan T, se evidencia en ella la descripción del proceso de internación y de transformación subjetiva. El uso de los tiempos verbales en el texto de Juan T no es homogéneo, y se modula de acuerdo a posiciones espacio-temporales que va ocupando en el proceso. Comienza en presente impersonal, describe «la vida del radiado», y el narrador observa lo que sucede en el ambiente (Behetti y Gambini, 2015, p. 10).

Igualmente, y en estos momentos de movimientos, la convivencia de posturas, que a primera vista pueden ser consideradas como contradictorias, es parte de la cuestión. El discurso del paciente es introducido en el caso clínico, no obstante se interpela sobre su carácter de *verdadero*. La práctica psiquiátrica parece no saber aún bien qué hacer y con qué carácter considerar el discurso del paciente. Las metáforas, imágenes, el sentido vago en el discurso del paciente, son señalados aún como obstáculos que se contraponen a la comprensión del sufrimiento del sujeto.

Su estilo, que tiene por momentos alguna belleza literaria, peca por su poca precisión, por su vaguedad, sus digresiones y la riqueza de imágenes y metáforas en las que Juan T. hace alarde de erudición y aptitudes de estilista, pero que le quita a su escrito verdadera espontaneidad. Por eso dudamos de su sinceridad en algunos pasajes, como cuando escribe las bellezas del campo y de la Naturaleza: lo hace, en efecto, en forma un tanto alambicada y usando frases pulidas al exceso, resultando una descripción fría, sin calor emotivo, lo que parece indicar que todo su entusiasmo sea simplemente una actitud literaria más artificiosa que natural (Agorio, 1947, p. 9).

La inclusión del discurso del paciente en el caso tiene sus implicancias e interpela los lugares del supuesto saber. En estos desplazamientos se comienza a instaurar, aún de manera incipiente y sin demasiado fundamento teórico, el reconocimiento del otro-sujeto y su subjetividad.

Movimientos estos que llevan consigo otros desplazamientos: la noción de verdad, sostenida en el saber médico-cientificista del conocimiento positivista, con la introducción del discurso de paciente, se ve *agujereada*. La verdad no se ubica entonces solo del conocimiento que la ciencia provee, sino que se da un lugar a la verdad que las palabras del sujeto sufriente portan. El sujeto tiene algo para decir sobre su propio sufrimiento.

Estos desplazamientos con relación a la integración de las palabras del paciente, y la integración del discurso sobre su propio sufrimiento se reconocen como movimientos previos que generan las condiciones para la posterior integración de las ideas psicoanalíticas.

## **5.5. Las referencias a Freud, una necesidad instrumental**

Agorio y su producción teórico- clínica implican un corrimiento de las posturas netamente biologicistas sostenidas por la psiquiatría de comienzos de siglo. Espíritu, alma y factores psicológicos comienzan a incorporarse en los discursos sobre la enfermedad mental y a ser contemplados en la presentación de los casos clínicos.

Es a partir de las nociones organicistas, que colocan al cuerpo en centro de las cuestiones, que se da lugar a la dimensión psíquico/afectiva del padecimiento. La figura de Morel le permite a Agorio, por un lado, sostener las concepciones biologicistas sobre la enfermedad, pero al mismo tiempo integrar otras dimensiones en la etiología de los trastornos mentales (sostener lo vigente, introducir lo novedoso).

Son los aspectos considerados *morales* —categoría que se presenta de manera extensa y no claramente definida en Agorio— los que dan paso a la consideración de los aspectos emocionales. Esa dimensión, de lo que excede —de lo que queda por fuera de lo estrictamente orgánico— parece ser *llenada* con distintas nociones y contenidos a lo largo del tiempo, en consonancia con las teorías hegemónicas del momento. Este movimiento, en el caso estudiado, se dirige de los aspectos más conscientes, como son los presupuestos morales de la psiquiatría del Novecientos que se orientan directamente a la modificación de la conducta del sujeto, hacia aspectos más *vagos* y no tan claramente gobernados por la conciencia —el alma, el espíritu— hasta llegar a la referencia a los aspectos psíquicos, más específicamente al inconsciente.

Las nuevas ideas no se generan sobre la superación de las sostenidas hasta ese momento, sino en el juego de desplazamientos, sutiles por momentos, entre lo novedoso y lo vigente, es así que se genera la posibilidad de sustitución y movimiento.

Agorio hace referencia a Freud desde sus primeras publicaciones. Está alusión al pensamiento freudiano no adquiere carácter de novedoso. En la época, y ya desde antes, circulaban conceptos y nociones de la teoría psicoanalítica en la obra de los médicos que sostuvieron la tradición de la psiquiatría organicista.

En 1913 Etchepare en su texto *Ceguera histérica* menciona al «psico-análisis» como «procedimiento de Freud» o «psicoterapia» (Etchepare, 1913, p. 113). Lo mismo Santín Rossi, tres años después, publica su texto *Contribuciones al estudio del psico-análisis*, en el cual hace alusión al «método de Freud y Breuer conocido como psico-análisis» (Rossi, 1916, p. 728). En 1933, José María Estapé<sup>24</sup> publica en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* su texto «Introducción a una crítica sobre psicoanálisis».

Con relación a la circulación de las ideas psicoanalíticas en el ámbito local, en el volumen n.º 11 de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1947, (la edición en la cual se publica la segunda parte de la tesis de Agorio), Valentín Pérez Pastorini ya se presentaba públicamente como psicoanalista.

La alusión a Freud, en alguno de estos artículos se dirige a criticar las nóveles y aún inentendidas ideas freudianas, y mostrar lo incorrecto e inconveniente en relación con lo planteado por las teorías vigentes.

Tanto Etchepare como Rossi muestran diferencias con Freud en relación a la histeria. Parecen considerarla en el límite de lo orgánico, en una zona donde la perspectiva organicista de los procesos psicológicos parece tensionarse. Frente a este cuadro, proponen válido introducir el «Psico-análisis» nombrándolo como «procedimiento de Freud» y «psicoterapia» (Etchepare 1913, pp.113, 117), o como «método de Freud y Breuer conocido por Psico-análisis» (Rossi 1916, p. 728). Incluso, al contrario que Freud, no descartan ninguna terapéutica, el «Psico-análisis» se propone junto a la amenaza, la sugestión, la persuasión, los medicamentos y la hipnosis (Rossi, 1916) (Behetti y Gambini, 2015, p. 9).

No en contradicción con esto se le da un uso instrumental al pensamiento freudiano. Se toman, a modo de *expropiación*, ciertos elementos del método psicoanalítico considerados válidos no por su soporte teórico, sino por su eficacia terapéutica. «Entonces, el psicoanálisis refería a una técnica más en el maletín médico, conviviendo sin contradicción con otras [...]» (Behetti y Gambini, 2015, p. 8).

---

<sup>24</sup> José María Estapé, médico neuro-psiquiatra. Profesor Agregado de la Facultad de Medicina. Fue director del Hospital Vilardebó. Médico del Hospital Pereira Rossell. Se describe como dedicado a las enfermedades nerviosas y mentales.

Deliberadamente me abstuve de dar algún medicamento que pudiera servir aunque fuera de sugestión indirecta, a pesar de que estaba perfectamente indicada la opoterapia ovárica. No procedo así habitualmente, pues por lo mismo que los métodos psicoterapéuticos tienen un fundamento rigurosamente científico, es lógico que el psicoterapeuta tienda a restablecer el metabolismo fisiológico del organismo sobre el cual opera. Pero por ello llamo a este caso «experimental», y es porque he querido incluirlo dogmáticamente en el método de Freud y Breuer conocido como Psicoanálisis, y que explico a continuación (Rossi, 1916, p. 728).

En este punto, Agorio, en sus menciones sobre Freud, no critica ni entra en oposición con el pensamiento psicoanalítico; por el contrario, considera y valora sus aportes en función de sus ideas.

A cualquiera que esté al corriente de los conceptos freudianos no escapará lo equivocado y lo injusto de esta aseveración, ya que el mismo inconsciente con su contenido tan rico en experiencias ancestrales, sería absolutamente inexplicable e incompresible si no se admitiera la transmisión hereditaria. Por otra parte, es bien conocido que los psicoanalistas admiten la existencia de una predisposición especial, para explicar el hecho de que, siendo en la práctica, innumerables los sujetos que han sufrido los mismos traumas infantiles, solo un número relativamente pequeño se vuelva psicópata (Agorio, 1946, p. 1).

No obstante, si bien Agorio intenta defender el pensamiento freudiano de aquellas posturas más críticas, la referencia que este hace sobre la teoría psicoanalítica es instrumental a sus ideas moralistas. Lejos aún de un pensamiento psicoanalítico, las ideas freudianas adquieren un carácter utilitario, en tanto son *usadas* para reafirmar y defender sus postulados sobre la herencia.

Es a los psicoanalistas a quienes corresponde el mérito de haber hecho resaltar la importancia de la familia en la génesis del carácter, y de haber mostrado los mil matices que pueden tomar las relaciones espirituales entre los miembros de la misma [...]. Los psicoanalistas han insistido sobre los intensos dramas íntimos que desgarran a una familia aparentemente feliz e irreprochable. Especialmente los neuróticos, por una verdadera selección natural, se buscan entre sí movidos por los impulsos inconscientes que los gobiernan (Agorio, 1947, p. 44).

Con una fuerte impronta moralista, se hace mención a los aportes del pensamiento freudiano. Sin citas textuales de Freud se expone esta interpretación sobre el rol de la familia en la «génesis del carácter». La dimensión del inconsciente es vinculada con la idea de herencia y transmisibilidad que sostiene Agorio. Es allí que la idea de inconsciente jungiano tiene mayor andamiaje para Agorio.

Se dice que el contenido del inconsciente está formado por las viejas experiencias ancestrales repetidas durante el transcurso de muchas generaciones y finalmente fijadas y transmitidas en un proceso hereditario (Agorio, 1947, p. 47).

La idea de inconsciente colectivo y arquetipo ancestral le permite a Agorio introducir nuevas dimensiones sobre el tema, reconociendo la participación de los aspectos inconscientes, pero al mismo tiempo no entrar en contradicción con los postulados biologicistas.

Pero una vez desglosados estos dos psiquismos, el que podríamos llamar colectivo e individual y establecido a qué rasgos físicos corresponden determinados caracteres espirituales, se habrá dado el primer gran paso a la solución del problema de la herencia psicológica (Agorio, 1947, p. 25).

Por lo tanto, estas primeras referencias al pensamiento freudiano en Agorio se sustentan en la necesidad de dar fundamento a sus ideas, principalmente las que refieren a la continuidad de las posturas moralistas. Su interés no radica entonces en la propia teoría freudiana, sino en tanto estas son instrumentales y utilitarias a su teoría y práctica clínica. No estamos aún bajo las posibilidades que el pensamiento psicoanalítico provee en la comprensión teórico-clínica del sujeto.

## 6. Capítulo VI. La etapa kleiniana de Agorio

### 6.1. La institucionalización del psicoanálisis en el Uruguay

Ya conformada la APU, y tras su fundación en el año 1950, se dio paso a la etapa del psicoanálisis institucional en el Uruguay, que se formaliza internacionalmente con la integración a la IPA en el año 1961.

Con la colaboración de la APA y la participación de los psicoanalistas argentinos se comienza a transitar esta nueva etapa, establecida en torno a la incipiente organización psicoanalítica.

La fundación de la APU supuso un hito instituyente en el proceso de diseminación de las ideas psicoanalíticas y ocupa un rol protagónico en la trasmisión y formación del legado freudiano.

En ese mismo año se produce un acontecimiento de gran repercusión para la difusión de las ideas freudianas y, particularmente, a tener en cuenta dado el objeto del presente estudio: comienza a editarse la revista de la APU, bajo la dirección de Gilberto Koolhaas. El comité de redacción de esta primera publicación estaba conformado por Rodolfo Agorio, Willy Baranger, Gilberto Koolhaas y Juan Pereira Anavitarte, y los colaboradores eran Laura Achard, Madeleine Baranger, Héctor Garbarino, Mercedes Garbarino, Marta Lacava, Fortunato Ramírez, Juan Carlos Rey y Miguel Sesser. En la primera edición de la revista se hizo referencia a la coincidencia de esta primera publicación con el centenario del nacimiento de Sigmund Freud y se la dedicaron a su memoria (Hajer, s. f.).

Tal como plantea Bernardi (2002) los primeros textos publicados en la RUP remiten a la primacía de la teoría kleiniana en estos primeros momentos de instauración del psicoanálisis en el país.

Tal vez una de las características más sobresalientes del desarrollo de las ideas psicoanalíticas en el Río de la Plata radica en el hecho de constituir una historia en dos tiempos. Un primer momento de predominio indiscutido del pensamiento kleiniano acompañado de contribuciones locales originales: fue seguido luego por un periodo, que se extiende hasta el momento actual, caracterizado por una pluralidad de influencias teóricas con predominio, tal vez, de autores franceses, el intento de usar la metapsicología freudiana como *lingua franca*, y la pérdida de la continuidad de los aportes más específicamente rioplatenses. El viraje se hizo manifiesto en la década del 1970, que fue un periodo marcado por los intensos conflictos ideológicos, institucionales, políticos y sociales (Bernardi, 2002, s/d).

En cuanto a los fundamentos epistemológicos, la matriz del pensamiento kleiniano procura una serie de particularidades que es posible pensar que se encontrara más *cercana* al pensamiento imperante en la época y a los postulados biologicistas; y por ende fuera

desde allí donde se concretara la llegada de las primeras ideas psicoanalíticas a esta región del mundo.

La teoría de Melanie Klein es continuista en este sentido y se acerca a esta tradición científicista de Freud en la primera etapa de la producción de su obra. Las ideas kleinianas asumen rasgos innatistas que claramente permiten generar ciertas líneas de continuidad (más próximas) con los postulados organicistas de la psiquiatría imperante por estos lares.

Dentro de estas ideas que postula la teoría kleiniana, es posible ubicar —tanto en la noción de pulsión (como un concepto limítrofe entre lo psíquico y orgánico, como lo define el propio Freud), como en el enfoque económico y sustancialista— puntos de contacto con las teorías más organicistas sobre la enfermedad mental.

En estos movimientos, es posible reconocer estos desplazamientos y derivaciones que sostenemos se han producido en el pasaje hacia el sujeto del psicoanálisis y la constitución de la clínica psicoanalítica en el Uruguay.

A los aspectos epistemológicos hay que añadir la dimensión histórica de estos temas. Es posible identificar ciertos hechos que contribuyeron a que tanto en Buenos Aires como luego en Montevideo la escuela kleiniana se volviera rápidamente la influencia dominante del incipiente movimiento psicoanalítico en esta región.

Los primeros psicoanalistas extranjeros que se instalaron en nuestro país con el fin de la transmisión del psicoanálisis y formación de los primeros psicoanalistas adhirieron a la tradición kleiniana. Este es el caso de Hanna Segal que llegó al país en el año 1952, discípula de Melanie Klein, considerada una de la más destacadas difusoras del legado kleiniano.

Agreguemos además que la APA, institución de referencia en la formación y transmisión del psicoanálisis para este lado del Plata, adhirió fielmente a los postulados kleinianos.

En tiempos de comienzos e instauración del psicoanálisis en el país era necesario contar con una teoría precisa, consistente, afirmativa, con pocos espacios para los sentidos polimorfos y más tendientes a las unicidades. La teoría de Melanie Klein se coloca en estos lugares.

En este sentido demarca o al menos intenta demarcar límites precisos en sus desarrollos conceptuales. Teoría que da poco lugar para la posición ambigua o de múltiples sentidos.

¿Qué fue pues, en esencia, la teoría kleiniana durante ese período? Sin duda fue una doctrina que brindó una orientación conceptual y técnica coherente al grupo emergente, y le permitió definir su identidad grupal. Fue empleada en menor grado como un conjunto interconectado de hipótesis, a las cuales se debía examinar críticamente y cuya utilidad debía ser puesta a prueba en la práctica clínica, comparándolas con hipótesis provenientes de teorías psicoanalíticas rivales (Bernardi, 2002).

La teoría kleiniana brindó al incipiente grupo de interesados por la obra psicoanalítica una identidad clara y común entre sus integrantes. Contar con un marco teórico común, además de contribuir a la identidad del grupo, contemplaba la necesidad de diferenciación con otros campos disciplinares, principalmente con la práctica psiquiátrica. Evitaba además los conflictos y rivalidades, que luego vendrían con el advenimiento de nuevas ideas dentro del propio psicoanálisis.

El estudio de los primeros casos publicados por Agorio en la RUP nos remite ya a un momento de este proceso en que las ideas psicoanalíticas, principalmente las provenientes de la teoría kleiniana, forman parte del corpus teórico.

El recorrido realizado en el caso de Agorio en la constitución de la clínica psicoanalítica supone un proceso de diferenciación a partir de la práctica médica. Tal como en los comienzos del psicoanálisis, la incipiente práctica clínica psicoanalítica se conforma y hace lugar en el marco del ámbito médico, en particular de la psiquiatría en el caso uruguayo. Es allí, y en la figura de algunos de los psiquiatras, tal como se desarrolló en puntos anteriores, que comienzan a incorporar en su quehacer clínico los aportes de las ideas psicoanalíticas.

## **6.2. Agorio y la teoría kleiniana: la primacía del mundo interno**

Los primeros casos publicados por Agorio en la RUP hacen referencia explícita y continua a las ideas psicoanalíticas. En este primer momento es categórico el predominio del pensamiento kleiniano, ya sea en la alusión a los conceptos prínceps de la teoría kleiniana o a la cita textual de sus frases, la referencia a Klein es permanente. Dan cuenta de profundas transformaciones en los que nuevas modalidades de conocimiento y enfoque epistemológico comienzan a hacerse presentes.

A través de la lectura y el análisis de esos textos de Agorio es posible observar que, en este movimiento que transcurre entre la psiquiatría de comienzos de siglo y la diseminación e integración de las ideas psicoanalíticas, una parte del proceso que parece no haber quedado comprendido y sistematizado como tal, en la publicación de los casos clínicos de la época.

En efecto, es posible que haya parte de este movimiento que se haya quedado en el marco de aquellos incipientes grupos de interesados por las ideas freudianas y en las personas de aquellos primeros psiquiatras, como Agorio, que iniciaron los estudios en la teoría y técnica psicoanalítica.

Agorio publica su último artículo en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* en el año 1958,<sup>25</sup> ya estando fundada la APU. Seis años más tarde, en el año 1964, Agorio publica su primer

---

<sup>25</sup> Publica su artículo «Mutación de los cuadros clínicos después de las curas de sueño», en coautoría con Ofelia Bachini, Roberto da Costa, y Carlos Hugo Tobler.

caso en la RUP. Más que de tiempos cronológicos, esos años que median entre la fundación de la APU, la publicación de su último artículo en la revista de referencia de la psiquiatría y su primer caso publicado bajo la hegemonía de la teoría kleiniana, parecen tratarse de tiempos de gran efervescencia conceptual en los que se generan puntos de rupturas teóricas y transformaciones en las posturas sobre el conocimiento.

Tal como lo afirma Canguilhem, «en períodos relativamente cortos pueden producirse cambios importantes que modifiquen profundamente una disciplina. [...] Sin embargo, en períodos prolongados, una misma ciencia puede permanecer casi invariable» (1971, p. 51).

Agorio, en la publicación de sus primeros casos clínicos, hace referencia a múltiples nociones que componen la teoría kleiniana. Despliega las principales ideas del corpus teórico elaborado por Klein, en un intento de vincularlos con cuestiones del caso presentado.

Melanie Klein produce el giro hacia el mundo interno del paciente y la lleva a centrarse en los objetos internalizados y a elaborar su teoría de las posiciones. Dicha teoría describe la existencia de dos posiciones en la vida del lactante: esquizo-paranoide y depresiva, jerarquiza los conceptos de ansiedad psicótica, paranoide y depresiva. Con las teorizaciones sobre el mundo interno, Melanie Klein describe la existencia de la dialéctica introyección-proyección ligada a la vida de las fantasías del niño.

Agorio hizo suyos estos temas y los expuso fielmente en el desarrollo de los casos clínicos publicados. Este viraje de las teorizaciones sobre los aspectos emocionales hacia el mundo interno es claramente tomado por Agorio. La noción de «padres internalizados» se reitera en varios de los textos publicados y dentro de ello lo que refiere a la paradigmática conceptualización kleiniana de «madre buena-madre mala». Agorio, a partir de esta idea, explica parte de la conflictiva interna del paciente y la relación con su situación de enfermedad actual.

Quisiera llamar la atención sobre la doble dependencia mostrada por X. con respecto a los padres internos que dificulta considerablemente el logro de una conducta libre de inhibiciones. Refiriéndose a este problema dice: «Es en mí algo muy íntimo y profundo, el sometimiento al principio de autoridad, lo siento como una fuerza, como un magnetismo, como si siempre estuviera obedeciendo a algo y no tuviera albedrío; es una autoridad que la necesito porque me siento débil e indefenso» (Agorio, 1962).

De lo expuesto se deduce que si las heroínas de Nerval representan de alguna manera, a la imagen materna, ésta tiene que participar necesariamente de los mismos rasgos opuestos que ya señalamos y constituir también, para el poeta, una figura temida. Gerardo de Nerval se esforzó por darnos una imagen idealizada de su madre y esta actitud nos muestra, a su vez, otro aspecto que permanece oculto, porque como lo señala Klein (17), «los aspectos buenos del pecho son exagerados como salvaguardia contra el temor al pecho perseguidor. La idealización es así, el corolario del temor persecutorio». Los estados depresivos del poeta, alternados con rápidos períodos de exaltación durante los cuales expresaba

ideas de omnipotencia, nos dan una idea de sus problemas internos (Agorio, 1964).

En la consideración de los aspectos vinculados al mundo interno de los pacientes, Agorio, le dedica gran atención a los mecanismos de identificación,<sup>26</sup> introyección y proyección.

Es claro que aquellos dos niveles de actuación se vinculan en último término a dos tipos de identificación cuyos resultados no logran integrarse en el paciente. Por un lado, una identificación con la madre que lo lleva a desear un modelo de conducta simple, tranquilo y en cierta medida irresponsable, y por otro lado una identificación fracasada con el padre que le exige una conducta social con un contexto de responsabilidad y actividad profesional adecuados (Agorio, 1962).

Ante la imposibilidad de soportar el peso tremendo de la culpa, Nerval recurre para eludirla a mecanismos de disociación y proyección. Como lo señala Klein (18), «los procesos de introyección y proyección (por estar dominados por la agresión y ansiedades que se refuerzan unas a las otras) conducen a temores de persecución de objetos terroríficos: a estos miedos se agrega el temor de la pérdida de los objetos amados y es así como surge la posición depresiva» y agrega que «la introyección de todos los objetos amados hace surgir la preocupación y el dolor por temor de que estos objetos puedan ser destruidos (por los objetos malos y por el ello)» (Agorio, 1964).

Quizás sea este parte del cambio más notorio que se produce en Agorio con la inclusión del pensamiento kleiniano. El conflicto es intrapsíquico: se ubica en el mundo interno del paciente y se genera en relación con las imágenes parentales introyectadas.

Este conflicto intrapsíquico se ubica en la etiología de la enfermedad mental y se vincula con la manifestación sintomática. Por lo tanto, el reconocimiento de dicho conflicto supone un paso previo que implica haber incorporado plenamente los aspectos emocionales en la etiología de la enfermedad.

La interpretación en esta etapa kleiniana se vuelve el elemento central de la técnica psicoanalítica. En el marco de la teoría de Klein, dicho recurso técnico tuvo sus particularidades que la llevó a ser tildada de salvaje por muchos de los autores poskleinianos. Interpretaciones que se caracterizan por relaciones rígidas entre el objeto y su significado que, lejos de promover el espacio significativo del sujeto, reafirman las lecturas unívocas y universalistas del analista.

En los casos publicados por Agorio, en esta etapa kleiniana, la interpretación se vuelve la técnica privilegiada en el tratamiento con los pacientes, sin entrar en los pormenores del método psicoanalítico.

---

<sup>26</sup> En el primer artículo de Agorio publicado en la RUP, en el año 1962, «Identificación y personaje», tal como su título lo indica, la identificación será uno –pero no el único de los conceptos kleinianos— que intentará poner en relación con el caso presentado.

Los casos analizados discurren entre la exposición de la teoría kleiniana, el discurso del paciente y la interpretación del analista. Esta última ocupa la gran parte del desarrollo de los casos. La palabra del analista, interpretación mediante, ocupa por lo tanto un lugar de relevancia en la escritura de los casos de esta época.

Agorio retoma esta tradición kleiniana y por momentos realiza los simbolismos predeterminados de ciertas figuras. Ciertas imágenes son tratadas como conceptos, que restringen la capacidad significativa más que potenciar su carácter metaforizante y de sentidos móviles y múltiples.

Cárcamo (7), a propósito de la serpiente emplumada de los mayas, escribe: «Ella es la representación mágico religiosa de los dos principios generadores fundamentales, masculino y femenino, los que al unirse constituyen una divinidad simbólicamente andrógina formando un todo orgánico». Según el mismo autor, en este símbolo, «se realiza el sueño humano de la perfección y de la satisfacción suprema. La serpiente expresa, en realidad, la fantasía infantil de la pareja combinada de los padres en un abrazo permanente y en coito ininterrumpido. Koolhaas (20) señala con mucho acierto: «Las serpientes no son una negación de la mujer castrada, sino una afirmación de la mujer castradora, simbolizando los penes paternos, el contenido peligroso adentro de la mujer». [...] Klein (19) señala que «el pene en el interior de la madre representa una combinación de padre y madre en una sola persona, y esta combinación es considerada particularmente amenazadora y terrorífica». Esta fantasía está alimentada por un fuerte sadismo dirigido contra los padres, tanto juntos como separados. [...] Creo que en base a estos descubrimientos de M. Klein, podemos comprender mejor la impresión producida en Nerval por el abrazo de su padre. El abrazo no es solo peligroso porque hubiera destruido a la madre en el coito, sino porque representa en última instancia, al abrazo mortal de la serpiente, o sea al abrazo de la pareja combinada dirigida ahora al hijo, amenazándolo de muerte como castigo por los ataques sádicos dirigidos contra ellos (Agorio, 1964).

Con relación al lugar del pensamiento kleiniano, vale decir que sus ideas no se discuten ni se critican en los primeros artículos de Agorio. Por el contrario, los casos expuestos se presentan como evidencia de la teoría. Las particularidades de los casos clínicos son desarrolladas a modo de ejemplo de los distintos aspectos del pensamiento de Klein.

### **6.3. La integración de la teoría kleiniana en el caso de Agorio: entre continuidades y rupturas**

#### **6.3.1. La continuidad de lo moral, lo social y sus relaciones con el conflicto interno**

Si bien se reconoce una fuerte impronta de las ideas psicoanalíticas, necesaria quizás en esta etapa inaugural del psicoanálisis en el Uruguay, es posible identificar en este segundo periodo rastros a momentos anteriores, que reafirman la presencia de solapamientos y

desplazamientos con que caracterizamos este proceso de llegada de las ideas psicoanalíticas al país.

En esta etapa kleiniana, en menor medida y en modalidades distintas, Agorio sostiene ciertos presupuestos moralistas, en los casos clínicos publicados en la RUP. En este punto, y tal como sucedía en la etapa anterior, el enfoque moralista se entrecruza y confunde por momentos con las cuestiones del ambiente y del orden social. Mucho de lo moral aparece tras los *disfraces* de lo social.

Todo individuo debe, pues jugar un rol dentro de la sociedad a la que pertenece, y es indudable que para su buen desempeño se requiere en la medida de lo posible, no solamente una buena adaptación con las condiciones externas, sino también un buen equilibrio interno que permita armonizarlos con las otras facetas de la personalidad. Solo llenando estas condiciones, podrá desempeñar satisfactoriamente el rol que le asigna su personaje (Agorio, 1962).

En este movimiento es posible identificar cierta profundización en su corrimiento hacia los factores sociales y del ambiente, que va acompasado del apaciguamiento del enfoque moralista de la enfermedad mental.

Es indudable que X. no pudo asimilar ni hacer suyas las normas impuestas por la educación, de ahí que todo lo que se vincula a una actividad social, desde las obligaciones escolares hasta las profesionales, le sienta como exigencias externas, o mejor dicho, como ajenas a su personalidad. Con el fin de librarse de sus fuertes tensiones X, recurre con frecuencia a mecanismos paranoides de proyección (Agorio, 1962).

El enfoque moral seguramente se lo comienza a considerar, quizás aún de manera más intuitiva que manifiesta, incompatible con las nóveles ideas psicoanalíticas.

Es posible reconocer que la teoría kleiniana, en algunos momentos (claramente los menos), ha sido tomada por Agorio instrumental a estos fines. Las teorizaciones de Klein sobre las figuras parentales introyectadas y particularmente sus desarrollos conceptuales sobre el pecho bueno-pecho malo se han prestado, en Agorio, para sostener sus opiniones, más cercana a la moral, sobre lugar de la «madre mala», en uno de los casos publicados; alejándose de las formas propuestas por el pensamiento psicoanalítico.

Estas consideraciones nos obligan a cuestionar la salud mental de los padres de Gerardo Nerval y a preguntarnos si, como en el caso de la madre de Schreber, no se daba también en la madre de Nerval, la presencia de sentimientos ambivalentes para con su hijo. Me parece en efecto muy insólita, la conducta de la madre que abandona al hijo recién nacido para acompañar al esposo en aventuras guerreras (Agorio, 1962).

En este pasaje del artículo publicado por Agorio, la utilización de estas nociones teóricas implica una definición moral sobre la madre del paciente. La utilización del corpus teórico

psicoanalítico no se coloca en el sentido de ampliar las fronteras explicativas sobre el paciente, sino de fundamentar los preceptos morales del autor.

De esta manera el psicoanálisis, en esta etapa, no abandona del todo su carácter instrumental y funcional, que hemos observado en etapas anteriores de Agorio. Como ya observamos anteriormente en los textos de Agorio, publicados en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, mencionar términos psicoanalíticos no implica en sí mismo una forma de pensamiento psicoanalítico.

Lo cierto es que con la llegada de la corriente teórica de Melanie Klein se produce un corrimiento con relación a los lugares en los cuales se ubica el conflicto del paciente, y las relaciones de este con la etiología de la enfermedad. La teoría de Klein va a centrarse en el mundo interno del paciente, sus fantasías y conflictos con las imágenes introyectadas.

Agorio, como ya vimos, toma la noción de conflicto interno y sus posibles relaciones con la etiología y síntomas de la enfermedad. Por lo tanto, el psicoanálisis es considerado en esta doble modalidad: en su carácter instrumental, utilizado como nuevo fundamento para las viejas ideas, y en lo que supone como nueva epistemología y práctica clínica. Sin duda, en este último movimiento es en el que radica su aporte y transformación fundamental.

Vemos pues, que la conducta manifestada por X. es el producto de un conflicto interno entre un padre severo y prohibidor y una madre débil y sumisa internalizada (Agorio, 1962).

Tratare de ver ahora, a través del material facilitado por X, cuáles son los elementos que modelaron aquella actitud. Desde un principio se hizo evidente la similitud entre el carácter de X. y los rasgos maternos tales como él se los presenta. La severidad que el paciente encontró en su padre dificultó el establecimiento de buenas relaciones con este y lo condujo al acercamiento con la madre. A través de su relato se establece una discrepancia entre los caracteres del padre, pero que X. llegó a vivir como un serio conflicto interno. (Agorio, 1962).

En Agorio, es posible visualizar un movimiento *pendular* que lo lleva a ubicar y jerarquizar al conflicto interno en la génesis de la enfermedad, tal como sucede en las citas anteriores, mientras que, en otros, las relaciones con el ambiente parecen estar dentro de las causas privilegiadas de los síntomas presentes en el paciente.

Estas consideraciones sobre el ambiente, en la etiología de la enfermedad, no se corresponden con la de etapas anteriores, en donde *lo social* es considerado como agente externo que afecta la integridad y bienestar del sujeto, propio de la teoría de Morel. Esta noción de ambiente, utilizada en esta etapa, implica el interjuego entre el sujeto y su medio, y es en este *entre*, en esa no adecuación entre sujeto y su ambiente, que se ubica el problema.

En el curso de la práctica analítica se nos suele presentar el problema del rol asumido por el paciente, no solo con respecto al terapeuta, sino también en lo que se refiere a la vida social de todos los días. En cierto modo, esto tiene que ver con el personaje que dentro del marco social se desenvuelve y actúa con sus caracteres específicos que se vinculan por un lado, con el tipo de actividad elegido y por el otro, con el juego mutuo de factores internos y externos (Agorio, 1962).

Desde un punto de vista más general, podemos concluir que el personaje solo puede instalarse dentro del marco social que lo origina y actuar en consonancia con los sectores más profundos de la personalidad, cuando una situación conflictual, ligada a una identificación desfavorable, no obligue al yo a luchar constantemente por mantener alejados los objetos perseguidores. El personaje existe en función de una colectividad, y la proyección continua de aquellos altera sustancialmente el carácter del grupo transformándolo a su vez en perseguidor (Agorio, 1962).

Este párrafo de Agorio es con el que concluye su primer artículo publicado en la RUP, «Identificación y personaje», además de dar cuenta del papel que para él desempeña *lo social* permite generar posibles conexiones con el pensamiento freudiano y en particular con su texto *El malestar en la cultura*, Freud (1929).

El tema de los aspectos sociales lo tuvo en cuenta Agorio desde sus precedentes biologicistas, con la teoría de Morel los aspectos morales se relacionan y se confunden por momentos con las causas morales. Con el advenimiento de la teoría kleiniana, con el foco puesto en el mundo interno, los factores sociales se identifican y vinculan con los aspectos de la cultura y el ambiente.

Quizás Agorio, en estas afirmaciones sobre la participación de los factores sociales en la enfermedad, se resista, de alguna manera, al movimiento que propone Klein de exclusividad del mundo interno en el conflicto psíquico, y supone una brecha entre los aspectos innatistas de Klein y el enfoque freudiano.

Por lo tanto, esta participación del ambiente y de lo social, en esta etapa, puede ser considerado no solamente hacia sus relaciones con las viejas ideas, sino también en sus conexiones hacia el porvenir del pensamiento freudiano y posfreudiano, en el que es posible pensar el conflicto psíquico en su interjuego con los aspectos de la cultura.

#### **6.4. Cambios en los discursos y prácticas en Agorio a partir del advenimiento de la teoría kleiniana**

La llegada de las nóveles ideas psicoanalíticas y su incorporación en la clínica promovieron, desde el comienzo, profundos cambios en todas las dimensiones: las concepciones sobre el proceso de enfermedad, las noción de sujeto, las causas etiológicas, los tratamientos, el vínculo terapéutico, las modalidades de conocimiento, entre otras.

Lo cierto, y más allá de las limitaciones de la teoría kleiniana —como cualquier teoría las tiene—, es posible identificar ciertos cambios en los discursos y prácticas clínicas locales que forman parte de este proceso de transformación que supone la constitución de la clínica psicoanalítica en el Uruguay.

**En cuanto al proceso de enfermar: de la etiología a la significación etiológica. El lugar de la familia. De la enfermedad al enfermo.**

Con la inclusión de las ideas kleinianas se produce el pasaje de la búsqueda por los factores etiológicos de la enfermedad mental (cuyo intento vimos en el caso Juan T.) a un momento que denominaremos de *significación etiológica*, en el cual el esfuerzo está colocado no solo en la exploración de las posibles *causas* del trastorno mental, sino en cómo estas entran en juego y se relacionan con la producción del síntoma y la historia del sujeto.

Esto supone la significación del síntoma: la búsqueda de sentido que porta a través de la interpretación psicoanalítica. En los casos publicados por Agorio en la RUP se hace evidente este esfuerzo e interés por interpretar los síntomas en los pacientes presentados. Las interpretaciones del terapeuta, en los tres casos estudiados, son extensas y permanentes durante toda la exposición.

La dimensión familiar va a ocupar un lugar central en la publicación de los primeros casos de Agorio. Detalla y describe cuestiones del entorno familiar, en particular de las figuras parentales. Lo novedoso no es la mención a la dimensión familiar, hecho este que ocurre desde los primeros casos publicados por Agorio, sino en su definición de ubicar allí parte de los discursos explicativos con relación a los síntomas del paciente en cuestión.

El problema que se plantea es, desde luego, el origen y motivo de esta situación tan particular y el estudio del material brindado por X, en el curso de su análisis permitirá aclarar la génesis de su enfermedad. Quiero destacar antes, algunos rasgos del grupo familiar [...] En lo que se refiere a las relaciones del paciente con sus familiares, cabe señalar ante sus padres y hermanos una actitud muy particular condicionada sin duda, por la manera especial con que vive su ubicación dentro del grupo familiar. Ya desde el comienzo del tratamiento suele referirse amargamente a su condición de hijo menor: se llama a sí mismo el «hijo de la vejez», dándole a esta circunstancia un alcance fundamental, como si fuera la causa de sus dificultades, etc. (Agorio, 1962).

En los casos estudiados, este aspecto es sumamente privilegiado por Agorio, quien realiza una permanente asociación entre ellos y los síntomas del paciente.

Si bien Agorio, en la escritura de estos casos no hace mención alguna de manera directa a los aspectos técnicos de la teoría psicoanalítica (lo que refiere al tratamiento, intervenciones terapéuticas, etc.), la asociación, más puesta del lado del analista en este

primer momento que a la asociación libre del paciente, y las interpretaciones son recursos técnicos que adoptan un lugar central en los casos estudiados.

**Del proceso de percepción al de elaboración: no se percibe solamente, sino que se construye la realidad.**

De manera aún incipiente, Agorio reconoce y refiere el carácter de elaboración que tiene la realidad percibida por el sujeto. Lejos de reconocerse como un hecho objetivo producto simplemente del acto perceptivo, la realidad es una construcción compleja del sujeto y, por ende, totalmente condicionada por su subjetividad.

Es indudable que desde el punto de vista psicoanalítico, ese enfoque resulta por lo menos insuficiente, porque presenta al poeta y a su creación como demasiado pasivo frente a las fuerzas o influencias ajenas que gravitan sobre él. El hombre no sufre el impacto del contorno, sea físico o moral, de una manera mecánica, sino que lo elabora internamente, le da un sentido, lo vive a su modo; y, cuando se trata de un artista, lo expresa luego en su obra (Agorio, 1964).

Hecho central este para el psicoanálisis, en cuyo reconocimiento se despliega la posibilidad de análisis y que lo aleja, además, de las posturas biologicistas de su etapa anterior, que ubicaron en la percepción el privilegio de los aspectos psicológicos.

Esto genera sus impactos, como ya vimos, sobre los sistemas de conocimiento imperantes en el momento, y que supone al sujeto no solo en su capacidad cognoscente, sino como creador de la realidad y por lo tanto alejado de toda pretendida objetividad.

#### **El lugar del sujeto, su discurso y la noción de verdad**

Estos movimientos conllevan otros con los que están relacionados. En los casos estudiados, es posible identificar modificaciones profundas vinculadas con el lugar del sujeto en relación con el saber y la verdad.

Con la incorporación de las ideas kleinianas, se produce un doble movimiento: algo del saber pasa a estar en posesión del paciente; y la verdad ya no es entendida en términos de aquello contrastable con la realidad objetivable. La pretensión unicista de la verdad se pierde y con ello la posibilidad de reconocer lo verdadero en los sueños, en los delirios de los pacientes, en las fantasías manifestadas.

Expresiones como éstas son corrientes durante las sesiones: «Me siento como si careciera de vigor y vitalidad, como una máquina que no se mueve por impulso propio; sin energía, sin carácter y sin decisión; la actividad restringida me proporciona mayor tranquilidad, pero no mayor entusiasmo ni desenvoltura, ni deseos de trabajar». Hay siempre presente en X. un sentimiento muy penoso: es el temor de cometer errores y de ser censurado con motivo de sus actos. Esto lo lleva a ejercer sobre sí mismo un control riguroso: «Eso de sentirme mezquino, dice, me obliga a controlar

continuamente mis acciones, mis palabras y hasta mis gestos para evitar un error, una *gaffe* o un desliz» (Agorio, 1962).

Algunos críticos suelen presentar a esa modalidad de Nerval, como un escollo insalvable cuando se quiere profundizar en el conocimiento y comprensión de su obra. Sin embargo, desde el punto de vista psicoanalítico, las fantasías constituyen también una realidad: son expresión de experiencias internas y, por lo tanto, merecen la misma atención, por la parte del investigador, que los hechos objetivos verificables por los demás. Si pudiéramos desentrañar el sentido de aquéllas, lograríamos un conocimiento valioso sobre la personalidad del poeta y su obra. Merece destacarse que el propio Nerval sentía que sus creaciones no podían desprenderse de sus profundas experiencias personales (Agorio, 1964).

Con relación al primer punto, en los casos publicados por Agorio, el discurso del paciente se hace presente, ya no en su transcripción literal —como en el caso Juan T.—, sino que es considerado como material clínico, que permite tomar contacto con la conflictiva del sujeto, sus fantasías, defensas, en las cuales se sostiene el síntoma.

El discurso del paciente, en estos primeros casos, aparece siempre acompañado de la extensa interpretación del analista.

En lo que se refiere a las relaciones del paciente con sus familiares, cabe señalar ante sus padres y hermanos una actitud particular condicionada sin duda, por la manera especial con que vive su ubicación dentro del grupo familiar. Ya desde el comienzo de tratamiento suele referirse amargamente a su condición de hijo menor: se llama a sí mismo el «hijo de la vejez», dándole a esta circunstancia un alcance fundamental, como si fuera la causa de sus dificultades. Esto significa, como él dice, haber nacido de padres agotados, lo cual explica, según el paciente, no solo su debilidad física y la salud precaria, que demostró durante su infancia, sino también sus características psíquicas más desfavorables, tales como la propensión a la fatiga, la timidez, retraimiento, etc. (Agorio, 1962)

Se le da lugar al sujeto, a su capacidad enunciativa sobre su propio sufrimiento. El analista interpreta aquello dicho por el sujeto en su carácter de verdadero. Se reconoce entonces, de manera incipiente, la verdad que porta el síntoma, el delirio, y demás formaciones del inconsciente.

#### **Vínculo terapéutico: el reconocimiento de la transferencia**

Los aspectos transferenciales pasan a ser parte del proceso terapéutico implicado en el tratamiento del paciente. El vínculo terapéutico, no explicitado así por Agorio, deja de ser un elemento más (como en la época biologicista) y se convierte en parte del proceso de análisis.

Agorio refiere a los aspectos transferenciales en el vínculo con el paciente y estos son tomados como elementos que aportan en el conocimiento de las modalidades vinculares de sujeto en cuestión.

Pero la avidez supone la agresividad dirigida en el sueño al matrimonio amigo que en la situación transferencial me representa a mí (en muchas ocasiones las interpretaciones ofrecidas las sentía como difíciles de asimilar, eran también «un plato indigesto»), pero que en la última instancia representan a la pareja parental (Agorio, 1962).

Los peligros a que se refiere Beres están implícitos también en cualquier situación analítica; y en la habilidad del terapeuta para manejar los fenómenos transferenciales y contratransferenciales radica el buen éxito de la empresa. Hay un hecho que no podemos perder de vista, y que constituye un factor importante en la relación entre el psicoanalista y el artista cuya obra se desea interpretar, y es la atracción que éste ha ejercido sobre aquél, anterior a todo interés científico manifestado ulteriormente (Agorio, 1964).

### **El reconocimiento de los aspectos sexuales en el conflicto del sujeto y la génesis de la enfermedad.**

El reconocimiento del conflicto sexual en la etiología de las neurosis supone un nivel importante de integración y aceptación de las ideas psicoanalíticas. Claramente, es aquí donde es posible ubicar uno de los cambios profundos que conlleva la concepción de sujeto y conflictos sostenida por la teoría psicoanalítica.

Lo que refiere a la sexualidad, fue un tema presente y fuente de preocupación, desde siempre en el quehacer médico, y del psiquiatra en particular, en nuestro país. Desde las concepciones de sexualidad sostenida por la medicina de comienzos de siglo, como aquello que se coloca al margen del sujeto y que requiere control moral a fin de garantizar el bienestar y desarrollo social, a una teoría que la coloca como dimensión central en la estructuración psíquica del sujeto, del cual es imposible escapar.

En Agorio, en los distintos casos estudiados, se refiere, de alguna manera, a la sexualidad del paciente en cuestión y coloca allí algún vínculo con el conflicto presente en el sujeto.

«Siento, dice, como la necesidad de trabajar rápido para sacarme la tarea de encima, durante la mañana y parte de la tarde vivo bajo un estado de tensión continua, pero al finalizar la jornada, siento en cambio una sensación de paz y tranquilidad, y tiendo a ver los problemas profesionales como si carecieran de importancia, es como si hubiera cerrado un paréntesis.» Cerrar un paréntesis significa salir de la situación difícil. Esta pauta de conducta se manifiesta en lo sexual con las mismas características. Los coitos del paciente son rápidos, con tendencia a la eyaculación precoz. Para X. una relación sexual es algo así como una lucha de la que se puede resultar vencedor o derrotado, y cuanto más pronto pueda salir de esa situación mejor (Agorio, 1962).

Sebillotte (32), en un libro en el que intenta realizar un estudio psicológico de la obra del poeta acudiendo a algunas nociones psicoanalíticas, estima que el trastorno fundamental, que le impidió el logro de una vida amorosa satisfactoria, fue la impotencia sexual. Sobre ésta se desarrolla todo un proceso de idealización de la amante que adquiere así, el carácter de un

sustituto materno y es rechazada por temor al incesto. «Pero si la divinización de la amante volvía sacrílega la idea de una unión carnal, su cualidad de madre reforzaba más aún la prohibición y, por horror al incesto, constituía un tabú destinado a frenar toda pulsión que habría de correr el riesgo de un nuevo fracaso. Representa, pues, un mecanismo de defensa neurótico, creado por la conciencia moral para legitimar una impotencia y quitarle todo lo que tenía de humillante.» [...] La experiencia psicoanalítica nos enseña, y el caso de Nerval no constituye una excepción, que la impotencia es la resultante de todo un proceso neurótico y no a la inversa (Agorio, 1964).

Vale la extensión de la cita, en tanto en ella no solo se expone y afirma el lugar del conflicto sexual en la génesis de la neurosis, sino que también se despliegan cuestiones vinculadas a la teoría del incesto y Edipo. Las escenas sexuales, tanto por el paciente, pero también por Agorio son asociadas al conflicto edípico.

## 6.5. El sujeto de la interpretación

En este segundo momento de primacía de las ideas kleinianas, el recurso de la interpretación adopta un lugar central en la clínica psicoanalítica. En los tres primeros casos publicados en la RUP, son constantes las interpretaciones llevadas adelante por Agorio sobre el discurso del paciente. Las palabras del analista ocupan la mayor parte con relación a la escritura del caso clínico. De breves transcripciones del discurso del paciente se despliegan extensas interpretaciones sostenidas en la intervención de Agorio.

Quando hace referencia a sus perturbaciones en el curso de la lectura de personas importantes, señala siempre un sentimiento muy penoso que lo embarga en esos momentos: «Siento como si fuera un intruso», dice. Es indudable que sentirse rechazado por la concurrencia es sentirse rechazado por el padre y su grupo de hombres de jerarquía que no lo reciben, ni le permiten alternar con ellos en un pie de igualdad. Se siente rechazado por el padre de la misma manera que éste lo hacía con la madre con la cual el paciente se identifica en este momento (Agorio, 1962).

Las interpretaciones de Agorio, al estilo kleiniano, son *indudables* tal como lo enuncia el propio Agorio —no dan lugar a duda— en su pretensión totalitaria de los sentidos posibles que el discurso del paciente porta. Dictámenes incuestionables, que a modo de sentencias verdaderas dan cuenta del sufrimiento del sujeto.

Un sueño de X es muy significativo en ese sentido: Está en casa de unos amigos que él visitaba antes con frecuencia, come con mucho apetito, con voracidad, cosas indigestas; le parece que lo hacía en forma incorrecta o inadecuada; no recuerda si le hacían alguna observación al respecto. [...] «Los visitaba, dice, por compromiso más que porque me gustara, tenía la impresión de que esa amistad que me demostraban no era desinteresada, y por eso después que ellos se mudaron tomé el pretexto de la distancia para no ir». En un primer plano el sueño expresa la fantasía de que a cambio de

su amistad le devolverían solapadamente cosas indigestas y dañinas aprovechando su avidez. Pero las asociaciones posteriores del paciente permiten llegar a la conclusión de que es la propia voracidad de X. lo que transforma en indigestos los alimentos tomados (Agorio, 1962).

Lejos entonces de abrir la cuestión a la trama de sentidos y significados posibles, se obtura y congela el movimiento en *un sentido* único, que además queda del lado del discurso del terapeuta. Es el analista quien, a través de su discurso interpretativo, dice — sigue diciendo— sobre el sufrimiento del sujeto en cuestión. Interpretaciones que dan cuenta de posiciones estáticas (a modo de *fotos*) que, tal como aparecen en los casos de Agorio, ofician de descripciones sobre la situación y conflictiva del paciente.

El recurso de la interpretación utilizado aquí por Agorio parece ser más una vía de acceso a un saber que permite caracterizar al sujeto y su padecimiento que una herramienta terapéutica en el tratamiento con el paciente.

Se puede pues, considerar a los trastornos representados por mi paciente, como expresión de un desacuerdo entre su *self* y su yo social, o empleando la palabra señalada más arriba, entre su *self* y el personaje. El problema que se plantea es el del origen y motivos de esta situación tan particular y el estudio del material brindado por X, en el curso de su análisis permitirá aclarar la génesis de su enfermedad (Agorio, 1962).

En esta primera etapa del psicoanálisis freudiano, dentro del cual se ubican los postulados kleinianos, la preocupación está puesta en la fórmula: hacer consciente lo inconsciente. Ya lo decía Freud: «nuestra terapia opera del siguiente modo: muda lo inconsciente en consciente; y solo produce efectos cuando es capaz de ejecutar esa mudanza» (Freud, 1986, p. 256).

El esfuerzo de Agorio por cumplir con estos preceptos freudianos es evidente y continuo en estos primeros casos. Sostiene, en este uso por momentos excesivo de la interpretación, la idea de una posible equivalencia entre el discurso consciente del paciente y su mundo inconsciente. La interpretación se ubica, entonces, como una herramienta de traducción totalizante que permitiría el pasaje, casi lineal, de lo inconsciente a la conciencia.

Las interpretaciones con escasa precisión clínica de la década del 60 buscaban imponer la teoría kleiniana al paciente: el lenguaje era directo, asertivo, y favorecía un lenguaje «ping-pong». [...] Las preguntas casi inexistentes en los 60, pasaron a ser casi la tercera parte de las intervenciones en los 90. (Bernardi, 2003, p.146).

Si todo lo inconsciente es plausible de ser consciente, se sigue sosteniendo entonces la idea totalizante del sujeto cognoscente. No es posible aún tener en cuenta el fenómeno de construcción que tiene en sí el acto interpretativo, ni reconocer el carácter siempre limitado e incompleto (castrado) del conocimiento posible.

Será el propio Freud, como ya vimos anteriormente, en su emblemático texto *La interpretación de los sueños* quien romperá con la pretendida linealidad y abrirá el paso a la heterogeneidad, ambigüedad e incompletud de los sentidos conscientes:

Debemos tener en claro que el tramo cómodo y agradable queda atrás. Si no estoy muy equivocado, por todos los caminos que hasta ahora emprendimos llegamos a la luz, al esclarecimiento y a la comprensión plena: a partir de este momento todas las sendas desembocan en la oscuridad (Freud, 1984, p. 506).

Estos textos de Agorio se ubican en una etapa anterior, en donde el sentido del síntoma es pasible de ser *capturado* totalmente mediante el acto interpretativo.

No obstante, y más allá de las limitaciones que este uso de la interpretación conlleva, en esta etapa es posible la emergencia del discurso del paciente. El sujeto se hace parte del acto analítico. En el reconocimiento del discurso del otro, la palabra circula entre paciente y terapeuta. Se supone que es mediante la palabra, y sus efectos, que se aborda aquello que hace al sufrimiento del paciente y sus posibilidades de cura.

En este proceso de construcción que supone la interpretación, se establece un doble movimiento: por un lado la constitución y reconocimiento del sujeto y en ese mismo acto interpretativo el sujeto queda obturado y capturado en el discurso del terapeuta.

Los márgenes del sujeto están dados por las posibilidades de los sentidos —o el sentido mejor dicho— que el analista ofrece sobre el discurso del paciente. La subjetividad del sujeto sufriente queda obturada y escondida tras el discurso del analista.

Es en el discurso del analista que se ubica principalmente esta función significativa con efecto de verdad. El sujeto sigue siendo hablado —claro está que desde un modelo muy diferente al de la psiquiatría de comienzos de siglo— por el discurso del otro, en este caso el analista.

Es un sujeto que en algunos de sus aspectos sostiene las lógicas continuistas del *cogito* cartesiano. Un sujeto que se encuentra a medio camino, entre el sujeto positivista de la psiquiatría de comienzos de siglo, y el sujeto propuesto por las corrientes posfreudianas; que tal como vimos, pusieron en cuestionamiento estas pretensiones totalitarias del saber y proponen nuevas articulaciones entre el inconsciente y la conciencia.

La interpretación tomará luego, de Klein, y de Agorio en nuestro país, otros virajes y modalidades. Manteniendo su lugar central dentro de la técnica psicoanalítica, se enmarcará en las propuestas teóricas posfreudianas que privilegiarán el acontecimiento, el sujeto y su discurso en el marco de la clínica.

## 6.6. Las referencias a Freud

Del análisis de los artículos estudiados de Agorio, es posible realizar la siguiente distinción con referencia a Freud. Dicha diferenciación se sustenta en el lugar que ocupa la teoría freudiana en la producción teórico-clínica de Agorio. Esta categorización asume cierto orden cronológico, siendo posible ubicar la década del 70 como momento de inflexión entre estos dos momentos:

- La referencia a las ideas freudianas dentro de la etapa kleiniana
- La referencia a las ideas freudianas como corpus teórico principal

### 6.6.1. De la referencia a Freud en la etapa kleiniana de Agorio

Agorio hace mención a las ideas freudianas desde los primeros artículos publicados en la RUP. La alusión a la teoría de Freud asume ciertas características que se reiteran en esta primera etapa de Agorio: la referencia teórica principal la constituye la teoría kleiniana y la cita a Freud se ubica en un segundo plano, ya sea en lugar como en número. La teoría kleiniana diagrama la exposición teórica, las citas a Freud asumen el lugar de aporte con relación a lo dicho por Klein.

[...] Pero esta situación no es más que una réplica de la otra interna vivida con la imago materna. Es su hostilidad lo que dificulta su capacidad reparatoria y lo conduce al fracaso de la posición depresiva. Cabe preguntarse ahora qué hizo que se malograra la identificación con el padre. Ya he señalado el carácter severo que X. le asigna y que en cierto modo modeló un superyó-crítico vigilante, censor, en una palabra sádico. ¿De dónde viene esa modalidad? Freud hacía derivar la severidad del superyó de la severidad del padre real aunque señalaba que toda identificación significaba una desexualización y estaba acompañada de una disociación de los instintos, y en consecuencia de una liberación de las pulsiones agresivas. Pero fue sobre todo M. Klein quien insistió sobre las fantasías sádicas sobre los primeros objetos que adquieren de esta manera carácter de perseguidores (Agorio, 1962).

El Freud que aparece en este primer texto publicado en la RUP, en el año 1962, es el de la primera tónica, cuyo esquema aparece desarrollado en el capítulo VII de su emblemático libro *La interpretación de los sueños* (1900).

Hacia la última página de su caso, Agorio refiere brevemente a la severidad que caracteriza el superyó del paciente presentado. Con esta única frase Agorio hace alusión a Freud en este primer artículo, sin adentrarse en otros conceptos.

En este texto de 1962, solo hace alusión a un autor más, Pichon Rivière, a quien cita textualmente para hacer mención a sus aportes vinculados a los aspectos transferenciales:

Refiriéndose a los pacientes con reacción terapéutica negativa dice Rivière, «no intenta lograr ninguna «mejoría», ni en cambio, ni desea terminar el análisis, porque no cree posible que ningún cambio o disminución del control por su parte pueda traer más que un verdadero desastre para todos». Y esta parece ser la situación de X. en estos momentos (Agorio, 1962).

Los aportes de los referentes del Río de la Plata se hacen presentes desde el comienzo del ingreso de las ideas psicoanalíticas al país. Se hace manifiesto, de esta manera, la fuerte impronta que tuvo en la formación y trasmisión del legado freudiano lo que sucedía en la vecina orilla.

El resto de este primer artículo, si no fuera por estas referencias, está dedicado casi exclusivamente a la obra de Melanie Klein.

En el estudio de los artículos publicados posteriormente por Agorio es posible identificar dos hechos destacables en cuanto a la integración de las ideas freudianas en el país:

- Mayor referencia a la obra freudiana, sin abandonar los aportes del pensamiento kleiniano.
- La referencia a los aportes conceptuales de otros autores psicoanalíticos: locales e internacionales.
- La profundización en las explicaciones psicoanalíticas acerca de la etiología y expresión de la enfermedad actual y sus síntomas. Este movimiento es posible pensarlo como expresión de los dos puntos anteriores.

En los textos publicados posteriormente, las referencias a Freud son claramente más numerosas. Este incremento adopta cierto carácter progresivo, hacia los textos subsiguientemente escritos, y es posible identificar en el último texto analizado<sup>27</sup> una referencia casi exclusiva a la obra freudiana.

Agorio, en sus dos artículos posteriores,<sup>28</sup> realiza citas de los siguientes textos freudianos:

- *La interpretación de los sueños* (1900).
- *La novela familiar del neurótico* (1909).
- *Una neurosis demoníaca del siglo XVII* (1923).

Con relación a la elección de los textos freudianos, podemos identificar las siguientes hipótesis acerca de su elección: en los tres —el primero emblemático dentro de la obra freudiana y el último un texto un tanto olvidado— el tema del padre y su duelo son partes de la temática tratada.<sup>29</sup> En *La neurosis demoníaca del siglo XVII*, Freud retoma su base biologicista y se pregunta acerca de la posibilidad de que la huella mnémica sea heredable.

<sup>27</sup> Nos referimos a *Psicoanálisis aplicado a la literatura; primera parte* (1969).

<sup>28</sup> «Relato oficial sobre la manía» (1966) y «Enfoque psicoanalítico sobre algunos aspectos de la obra de Gerardo de Nerval» (1964).

<sup>29</sup> En el caso de *La interpretación de los sueños*, el propio Freud menciona, en el prólogo de su segunda edición, la importancia de la muerte de su padre en la escritura de dicho texto.

Dicho texto se centra sobre la vida del pintor Cristóbal Haitzmann y allí Agorio retoma su análisis aplicado al estudio de artistas ligados con el tema de la locura.

En su artículo «Relato oficial sobre la manía» publicado en conjunto con otros autores, en 1966, se citan los siguientes textos de la obra freudiana:

- *Tótem y tabú* (1913).
- *Duelo y melancolía* (1917).
- *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921).
- *El yo y el ello* (1923).

En los primeros textos publicados, Agorio toma de Freud aquello que puede vincular y poner en diálogo con la teoría kleiniana, y que por ende no entran en contradicción con los postulados de dicha psicoanalista.

Freud hacía derivar la severidad del superyó de la severidad del padre real aunque señalaba que toda identificación significaba una desexualización y estaba acompañada de una disociación de los instintos, y en consecuencia de una liberación de las pulsiones agresivas. Pero fue sobre todo M. Klein quien insistió sobre las fantasías sádicas sobre los primeros objetos que adquieren de esta manera el carácter de perseguidores. La hostilidad que X. experimentó con relación a la madre, se repite sin duda con respecto a su progenitor (Agorio, 1962).

En esta ambivalencia que en parte hace sufrir al melancólico, ya que éste se muestra incapaz de realizar la síntesis de sus sentimientos de amor y odio, síntesis que lo llevaría a la superación de la ambivalencia y a la elaboración del duelo. Este objeto ambivalente sería introyectado en el Yo (Freud). Creemos que los conceptos de Melanie Klein sobre la envidia oral al pecho, permiten comprender mejor la incapacidad que tiene el melancólico de realizar una síntesis unificadora de sus sentimientos ambivalentes de amor y odio (Agorio, 1966).

La mención a los aportes de Freud, en general, conllevan la referencia a cuestiones de la teoría kleiniana: sus conceptos aparecen asociados a los de dicha autora: refuerzan, afirman y coinciden con las ideas de Klein.

En las publicaciones posteriores se hace tangible la inclinación hacia el pensamiento freudiano. La alusión de Agorio a Klein no desaparece, sino que del rol protagónico pasa a un papel secundario.

Freud también explicó los tremendos sufrimientos que aquejan al melancólico así como la intensidad de su sentimiento de culpa, por una disociación del Yo. Una parte del Yo, que él llamó Superyó, se separa y se vuelve «un cultivo puro del instinto de muerte». Este Superyó sádico atacaría en forma despiadada al Yo identificado con el objeto, de modo que en definitiva, los ataques del Superyó al Yo, en la melancolía, serían ataques al objeto introyectado. [...] Freud agregó que esta pérdida de un objeto dentro de uno mismo se vuelve por identificación narcisística una pérdida del Yo (Agorio, 1966).

En este texto, Agorio da paso a las conceptualizaciones freudianas de la segunda tópica, desarrolladas en *El yo y el ello*, publicado en el año 1923.

Con estos movimientos e incorporaciones de nuevas teorizaciones, la cuestión se complejiza y es posible profundizar en las causas y mecanismos que se ponen en juego en la producción del síntoma en cuestión. Es posible identificar, en la publicación de los casos siguientes, cierto esfuerzo mayor por adentrarse en estos mecanismos y exponer las posibles hipótesis explicativas.

En estos procesos, las asociaciones realizadas y las interpretaciones —principalmente por el analista— se convierten en las herramientas clínicas privilegiadas. Para esto, Agorio apela a las conceptualizaciones freudianas.

Como ha señalado Melanie Klein, el pecho excesivamente idealizado en tanto no ha sido asimilado por el Yo lo somete a exigencias desmedidas y le crea una enorme dependencia. El Yo se siente manifiestamente empobrecido a expensas de los aspectos ideales proyectados en el pecho. La manía sería, en definitiva, el intento de librarse del empobrecimiento narcisístico y la extrema dependencia que impone al Yo la excesiva idealización del pecho. [...] Según nuestros puntos de vista, el Superyó asume los aspectos primariamente persecutorios del objeto introyectado, y en segundo término los aspectos secundariamente persecutorios del objeto idealizado que ha sido rebajado por la envidia del Yo. Los ataques continuos al objeto en el Yo, con las armas que otorga al sujeto el sadismo oral, anal y uretral, vuelven insoportables las tremendas angustias que afligen al melancólico. Termina por sentirse totalmente esclavizado por el objeto que ha internalizado y sometido a tormentos inimaginables. Ocurre entonces una situación que nosotros consideramos esencial para el pasaje del estado melancólico al maníaco, y es que el objeto idealizado continuamente atacado pierde progresivamente este carácter, volviéndose más y más persecutorio y cada vez menos idealizado. Nuestra hipótesis es que esta transformación interna del objeto idealizado en perseguidor, permite al sujeto melancólico eludir definitivamente su envidia, retirarle totalmente el amor al objeto, posibilitando al sujeto un nuevo clivaje, esta vez entre un Yo melancólico que sigue prisionero del objeto, y otra parte del Yo que se ve libre de las ataduras del mismo y que va a constituir el Yo maníaco (Agorio, 1966).

Por lo tanto, la mayor referencia a la teoría freudiana se acompaña de este esfuerzo por profundizar en los mecanismos psíquicos implicados en la formación de los síntomas y en las explicaciones causales que dan cuenta de estos.

En relación con otro punto señalado, Agorio, a partir de este segundo artículo, hace mención a otros autores del mundo psicoanalítico. Entre ellos a Karl Abraham y Donald Winnicott.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Karl Abraham (1877-1925), psicoanalista alemán y uno de los primeros discípulos de Freud (que conformó el Comité de los siete anillos junto con Jones, Ferenczi, Sachs, Rank, Eitingon). Fue considerado el *primer psicoanalista alemán* por el propio Freud. Fue analista de Melanie Klein entre los años 1924 y 1925. De Abraham cita a su libro *Sobre la exploración y el tratamiento psicoanalítico de la psicosis maníaco-depresiva y estados análogos* (1911), y *La théorie de la relation parent-nourrison* (1961) de Winnicott.

Dentro del ámbito del Río de la Plata, cita los textos de Héctor Garbarino (*Fantasía y realidad*, 1960), Ángel Garma (*Investigaciones psicoanalíticas en la melancolía y estados afines*, 1946), Ernesto Cárcamo (*La serpiente emplumada*, 1943), Willy Baranger (*Asimilación y encapsulamiento*, 1956, *El muerto-vivo*, 1961-1962, «La noción de “material” y el aspecto temporal prospectivo de la interpretación», 1961-1962). Sin realizar mención a autores locales, la referencia sigue puesta en los psicoanalistas argentinos,<sup>31</sup> con lo cual se continúa afirmando la relevancia del psicoanálisis argentino en la constitución de la clínica psicoanalítica en nuestro país.

La mayor alusión a Freud, por lo tanto, va acompañada en Agorio, de la amplitud en la referencia teórica hacia otros autores tanto del extranjero como de la región.

### 6.6.2. Freud, en primer lugar

La teoría freudiana parece conformarse en el corpus teórico de referencia para Agorio en los posteriores textos publicados en su labor como psicoanalista. Este movimiento parece inaugurar un incipiente tercer momento en la producción teórica-clínica de Agorio.

En el caso publicado en año 1970, «Psicoanálisis aplicado a la literatura», es claro el lugar primordial que ocupan las conceptualizaciones freudianas en el desarrollo de dicho artículo.

El interés de Agorio por el psicoanálisis aplicado a la literatura se deja entrever desde la escritura de sus primeros artículos y se torna totalmente explícito en sus posteriores publicaciones. En este artículo Agorio afirma la pertinencia del análisis psicoanalítico en las obras de arte, y para ello se hace de los aportes freudianos y alude a los análisis realizados por Freud sobre estos temas.<sup>32</sup>

A partir del estudio de este texto es posible visualizar una serie de movimientos con relación a la teoría psicoanalítica, y que lleva a Agorio a reconocer y valorar expresamente los aportes de la teoría de Freud, profundizar sus diferencias con las teorías evolucionistas e innatistas y ahondar en la perspectiva histórica tomando los aportes foucaultianos.

Si bien el Freud que insiste aún en este periodo, es el de los primeros momentos del psicoanálisis con sus sostenidas pretensiones científicas, se profundizan los puntos de fisura que permiten adentrarse en los temas inherentes al método psicoanalítico y ahondar en la producción teórica de otros autores.

---

<sup>31</sup> En cuanto a Willy Baranger, si bien es conocida su procedencia francesa y luego su estadía en la ciudad porteña, la lectura citada por Agorio remite a la época en que el matrimonio Baranger se encontraba instalado en nuestro país.

<sup>32</sup> Refiere en su artículo a *Dostoievski y parricidio* (1928), *El “Moisés” de Miguel Ángel* (1913), *El caso Schreber* (1910).

El conflicto está plenamente ubicado del lado de la sexualidad y en su reconocimiento Agorio funda las principales posturas críticas y de ataques hacia el psicoanálisis.

Pero el descubrimiento de Freud e la sexualidad infantil y especialmente del Edipo, como elemento constante en el desarrollo histórico del individuo vale decir como algo actual y presente en todos los seres humanos, sí provocó el rechazo sin atenuantes de su doctrina y hasta las calumnias e injurias que tuvo que soportar y lo aislaron del mundo científico de la época. Y esto por la sencilla razón, de que ya no cabía el subterfugio de la evolución para eludir la angustia ante un proceso que se desarrolla en todos nosotros a partir del nacimiento (Agorio, 1970).

Agorio, en esta etapa, va a remitir a cuestiones del método psicoanalítico. En su defensa para el análisis de los casos de las obras literarias, va a apelar a la técnica de interpretación de los sueños:

[...] Pero, ¿es qué acaso el sueño puede ser sustraído de su contexto, la vida del soñante? El gran mérito del descubrimiento de Freud fue el haber destacado que tales sueños no son la manifestaciones desordenadas de automatismos cerebrales sin sentido ni finalidad, sino que por el contrario, son la resultante de los problemas, conflictos, deseos o fantasías del soñante, o sea de su biografía, lo que hace imposible interpretar un sueños sin tener en cuenta esta última: es este un hecho definitivamente adquirido por el psicoanálisis (Agorio, 1970).

Freud, en uno de sus artículos póstumos escrito en 1937 sobre «Construcciones en psicoanálisis» escribe esta frase cuyo alcance tal vez no haya sido todavía debidamente valorado. Con frecuencia no se logra inducir en el paciente el recuerdo de lo reprimido; en su lugar si el análisis es correctamente realizado, despertamos en él una segura convicción de la verdad de la construcción que rinde el mismo resultado terapéutico que un recuerdo recuperado (Agorio, 1970).

Con esto, Agorio va a integrar a la interpretación —técnica privilegiada hasta entonces— otros recursos técnicos: la construcción en el análisis. Si bien no ahonda conceptualmente sobre estos desarrollos, hace alusión a otros ribetes referidos a cuestiones de la técnica psicoanalítica.

Pero lo que al parecer no supo ver Ricoeur es que en el *Moisés*, Freud no hace una simple interpretación o varias que tengan analogía con la interpretación de los sueños, sino que realiza una construcción o reconstrucción, «como cuando se expone al paciente un parte de *su* prehistoria olvidada». Y es así como procede Freud en su estudio sobre la obra de Miguel Ángel. Partiendo de algunos indicios cuidadosamente anotados de ciertos detalles de la escultura [...] reconstruye el momento «histórico» en el que presa de un movimiento colérico y al mismo tiempo contenido descubre a su pueblo que vuelve a viejas prácticas paganas adorando al becerro de oro (Agorio, 1970).

Debemos enfatizar el hecho de que se trata de reconstruir y no simplemente de interpretar (Agorio, 1970).

Este movimiento supone el reconocimiento, por parte de Agorio, de la incompletud que porta siempre el acceso al saber del sujeto. Con ello se produce el pasaje de la interpretación —tomada en el marco de la teoría kleiniana como traducción posible en su totalidad de lo inconsciente a la esfera consciente— a contemplar el carácter siempre inaccesible que tiene el mundo inconsciente para el propio sujeto.

De acuerdo a mi experiencia como psicoanalista suele producirse una verdadera reestructuración, que conduce al paciente a una ubicación más realista sobre sí mismo y sobre su mundo externo, aun cuando desgraciadamente, la vigencia de fuertes pulsiones masoquistas o vivencia de culpabilidad, etc., actúan desfavorablemente sobre esa evolución. Y todo ello sin que el pasado, o mejor dicho su historia se hallen aclarada en su totalidad. Es en virtud de estos principios que nosotros rechazamos la inutilidad de las biografías. [...] En ese sentido la labor del analista, en su tarea biográfica es interminable, es una constante transformación, porque otros analistas agregarán nuevos elementos que modifiquen la visión o imagen del artista tratado (Agorio, 1970).

Con relación al enfoque histórico planteado por Agorio y a la amplitud de referencias teóricas que se comienzan a evidenciar en los artículos publicados por este, vale destacar la presencia de la corriente francesa. Foucault y Jacques Derrida son citados por Agorio en el artículo publicado en el año 70, con relación a los aportes sobre las teorías lingüísticas y la escritura.

Debo señalar en primer término que Foucault no rechaza totalmente el punto de vista evolucionista, sino que hace hincapié en su insuficiencia y en la necesidad de completarlo con el punto de vista histórico. «Es necesario (escribe), llevar el análisis más lejos y completar esta dimensión evolutiva, virtual y estructural de la enfermedad por el análisis de esa dimensión que la hace necesaria significativa e histórica. Aquí rinde homenaje al genio de Freud por haber superado el «horizonte evolucionista» definido por la noción de libido, para acceder a la «dimensión histórica del psiquismo humano» (Agorio, 1970).

Esta profundización de las ideas rupturistas en Agorio pueden considerarse parte del movimiento que se estaba dando en el país. Bernardi (2002) ubica un punto de inflexión en la historia del psicoanálisis en el país en la década del 70, que coincide con el cambio de referencias teóricas:

Cuando en la década del 70 se produce el cambio de los referentes teóricos, la posibilidad misma de un campo argumentativo común queda problematizada, al modificarse no solo los marcos conceptuales, sino también la forma de realizar inferencias a partir del material clínico. [...]. Esto conduce a un desgarramiento en la continuidad del discurso argumentativo, que hizo que los autores de distintas corrientes ya no pudieran fundamentar sus ideas en base a criterios compartidos. El surgimiento de estas distintas corrientes, en un marco ahora pluralista, enriqueció por un lado el espectro

de ideas, pero hizo más difícil su comparación, afectando la continuidad entre las viejas y las nuevas ideas (Bernardi, 2002).

Una vez pasado este momento fundacional, y ya siendo parte de los discursos y de las prácticas clínicas, es posible dar lugar a la diversidad y oposición de ideas dentro del propio corpus psicoanalítico.

Agorio en esta etapa se reconoce plenamente y presenta como psicoanalista. Es claro y explícita, por primera vez en sus textos, sus críticas hacia la psiquiatría que él mismo ejerció, y advierte las fragilidades del psicoanálisis en incurrir en las mismas dificultades de categorización que le adjudica a dicha especialidad médica:

Pero debemos reconocer que existen malos análisis aplicados, pero por otras razones. Es el de aquéllos que no toman en cuenta, como si los desconocieran, los elementos dinámicos básicos de la psicología analítica. Se limitan a encasillar con el mismo criterio que el de los psiquiatras clásicos a los artistas, pero recurriendo a ideas tomadas del psicoanálisis., por ej.: «Es un edípico, un culposo, un masoquista» (Agorio, 1970).

Tal como plantea Bernardi (2002), «acompañando estas ideas se da una revalorización de la metapsicología freudiana, a partir de una relectura de Freud más o menos influida por los autores franceses».

Con la influencia creciente del pensamiento francés —con el posterior protagonismo de Jacques Lacan— y la apertura hacia otros autores de la tradición inglesa (Bion, Winnicott, entre otros), las nuevas demandas de ideas y marcos conceptuales y las consiguientes transformaciones institucionales no se hicieron esperar en nuestro país.

Es así que el psicoanálisis siguió diseminándose por fuera de los grupos analíticos iniciales (APU, en nuestro país, y la APA en el caso argentino). Se conforman otros grupos y asociaciones psicoanalíticas y se extiende el psicoanálisis al ámbito universitario.

## 7. Reflexiones finales

El interés de la presente tesis estuvo centrado en estudiar los movimientos transformativos que supuso el proceso de constitución de la clínica psicoanalítica en el país y las particularidades que asumió la diseminación de las ideas psicoanalíticas, en particular aquellas vinculadas con los cambios en la noción de sujeto.

A estos fines, la obra teórico-clínica del psiquiatra uruguayo Rodolfo Agorio, publicada en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* y posteriormente en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, fue considerada como un caso ejemplar dentro del contexto uruguayo. La producción escrita de Agorio fue tomada en su valor paradigmático dentro del movimiento de diseminación e implantación de las ideas psicoanalíticas en el país.

El enfoque histórico-genealógico-discursivo propuesto por Foucault y los aportes teóricos de G. Canguilhem permitieron el análisis del material teórico-clínico de Rodolfo Agorio.

Asumiendo el carácter parcial e inacabado del tema (contemplando además que el análisis se centró particularmente en la producción teórico-clínica de Agorio publicada hasta el año 1970), se profundizó en algunas de las particularidades que asumió este proceso de constitución de la clínica psicoanalítica en el país.

Es posible discriminar una primera etapa de Agorio, a la que llamamos *biologicista*. Fiel a la tradición organicista de la psiquiatría de comienzos de siglo, las causas orgánicas, los presupuestos científicistas y el enfoque moralista son hegemónicos en la etiología de la enfermedad. El sujeto, universal y general de la ciencia positivista, se deja atravesar, en el caso de Agorio, por las diferencias y las heterogeneidades que el reconocimiento de la multicausalidad conllevan.

Morel se convierte en el referente teórico de esta etapa. Con él y su teoría de las degeneraciones se integran los aspectos sociales, morales y psicológicos como dimensiones que participan en la causa de la enfermedad. La teoría moreliana le permitió a Agorio, en un mismo suceso, movimientos en dos sentidos: uno dirigido a la permanencia del pensamiento organicista vigente, y otro orientado al cambio, con la integración de la dimensión social y psicológica.

Se habilita, de esta manera, un paso diferencial: del determinismo biologicista de la enfermedad a una concepción que contempla en sus causas posibles la participación de lo social, lo psicológico, lo intelectual, grupo heterogéneo, poco definido, pero en el que se empieza a gestar la posibilidad de incluir estos factores *no biológicos*. La idea de transmisibilidad, sostenida exclusivamente en aspectos biológicos, es cuestionada y en su lugar se da espacio al interjuego de múltiples variables.

En un segundo momento, con el advenimiento de Melanie Klein, la dimensión psíquica y el mundo interno del paciente se tornan centrales. Con ello, Agorio y su producción teórico-clínica se encuentran plenamente instalados en la dimensión del sufrimiento del sujeto. En ese movimiento se genera el reconocimiento pleno de los aspectos emocionales, tanto en la estructuración del psiquismo humano, como en las causas de la enfermedad.

La teoría kleiniana, tal como se expuso, permitió también ciertas continuidades con las teorías vigentes, en sus aspectos innatistas y biologicistas.

A modo de bisagra, la teoría kleiniana, que sostiene una concepción de psiquismo humana aún impregnada de innatismo y biologicismo, permitió el pasaje desde la psiquiatría y habilitó, a su vez, el movimiento hacia un psicoanálisis freudiano que sostenía aún pretensiones científicas.

Por lo tanto, la obra kleiniana ofició como eslabón en los movimiento de pasaje de las concepciones biologicistas de la psiquiatría hacia las ideas freudianas y posfreudianas. Con lo que podemos sostener que la teoría de Melanie Klein contribuyó a conciliar y establecer puntos de contacto entre ambos campos disciplinares y enfoques epistemológicos, «acercó» los puntos de disyunción y ruptura entre ambos campos disciplinares.

Es posible ubicar la teoría de Morel, en los comienzos, y posteriormente la de Melanie Klein, dentro de las más influyentes referencias teóricas de Agorio. A modo de *bisagra*, comparten la característica de habilitar el movimiento hacia otros enfoques e ideas, pero manteniendo en ese desplazamiento algunas dimensiones de las teorías vigentes. En ese movimiento se generan los intersticios —*agujeros* en el conocimiento hegemónico, puntos de inflexión y no continuidad— que posibilitan la integración de nuevos sentidos sobre la enfermedad, se validan distintas maneras de acceder al conocimiento y por lo tanto de sustentar otros enfoques epistemológicos.

La metáfora de la bisagra oficia como imagen que permite visualizar una de *las hojas* orientada hacia el lado de las ideas vigentes, mientras que la otra lo hace hacia las nuevas ideas. Los puntos de contacto entre las dos, lejos de ser rígidos, generan y permiten los movimientos de apertura y pasaje entre ellas. De esta manera, se grafica la convivencia de las ideas vigentes con las nuevas, en lugares distintos —son diferenciables—, pero comparten el mismo plano.

Es a partir de los aspectos morales que es posible el reconocimiento de la dimensión psíquica del sujeto en la etiología de la enfermedad. En la obra de Agorio, el recorrido incluye, en un segundo momento, un grupo más amplio, con la participación de los factores sociales, intelectuales, psicológicos. Estos aspectos conforman un gran grupo heterogéneo y poco caracterizado en ese momento, que permite integrar la participación de la dimensión «no biológica». Más que su definición clara, parece importar —en el uso que Agorio hace de ellos— su carácter diferencial con la primacía de «lo biológico». Este movimiento posibilita

las condiciones necesarias para que con el advenimiento del pensamiento kleiniano se produzca el delineamiento del sujeto psíquico, con el reconocimiento del mundo interno y los aspectos inconscientes. Este sujeto conserva aún cierto carácter universalista, sostenido en las interpretaciones totalizantes al estilo kleiniano. Mediante el acto interpretativo es posible el reconocimiento del sujeto y la escucha de su discurso, pero las características que adopta la interpretación para la teoría kleiniana obturan en las palabras del terapeuta lo propio de la singularidad del paciente en cuestión.

Los movimientos posteriores, en el caso de Agorio, se dirigen a una profundización en las ideas freudianas y de acercamiento a los aportes posfreudianos, dentro de ellos los autores franceses.

Esto implicó un desplazamiento, orientado desde las causas ubicadas en las condiciones externas al sujeto —con la primacía de los aspectos morales— a las causas ubicadas en los factores intrínsecos al sujeto, con las teorizaciones kleinianas sobre el mundo interno. En los tramos intermedios de este trayecto, es posible ubicar la participación de los factores sociales, en los cuales las fronteras entre lo interno y lo externo se tornan más difusas.

Estos procesos no suponen etapas claramente distinguibles, sino por el contrario la plena coexistencia de estas causas etiológicas. La primacía del mundo interno en la etapa kleiniana no supuso la anulación de los factores sociales, ni de los aspectos biologicistas, y en ello se generan ciertas continuidades con los momentos precedentes.

Los movimientos transformativos, tal como plantea Canguilhem, se generan entre tendencias continuistas y puntos de rupturas conceptuales y epistemológicas: permanencia y cambio son dos palabras que bien caracterizan este proceso de diseminación de las ideas psicoanalíticas. En los artículos estudiados de Agorio, las nuevas ideas no reemplazan totalmente a las vigentes: entre convivencia de conceptos, desplazamientos de sentidos y rupturas epistemológicas se genera la integración de las nuevas teorías.

En lo que refiere al caso de Agorio es posible identificar un punto de ruptura y cambio fundamental que se ubica y genera a partir de la conformación de la APU y la consiguiente publicación de sus artículos en la RUP. La fundación de la APU constituye un hito instituyente en el proceso de inclusión del pensamiento freudiano, en el cual los conocimientos y la transmisión se comienzan a organizar en torno al legado freudiano.

Este movimiento de pasaje, en Agorio, no está sostenido en un discurso crítico hacia los postulados biologicistas vinculados a su práctica psiquiátrica, sino que lo que se halla es una referencia casi exclusiva al pensamiento de Melanie Klein.

Es luego de este proceso que las ideas psicoanalíticas adquieren, tal como plantea la arqueología de Foucault, su criterio de verdad dentro de la comunidad de los primeros psicoanalistas en el país, y, por lo tanto, se torna una teoría y práctica válida en el contexto uruguayo, que va a luego permear con sus ideas otros campos disciplinares.

Dentro de estos desplazamientos y rupturas es posible plantear que parte de este proceso no haya quedado comprendido en la producción escrita de Agorio. Tiempos de fundación y de profundos reordenamientos conceptuales y epistemológicos que es posible pensar quedaron en el marco de los incipientes grupos e interesados sobre las nóveles ideas psicoanalíticas; y que no fueron transcritos ni plasmados en la escritura de los textos de Agorio.

Cada momento histórico, y vale decir epistemológico, determina sus límites de lo decible. Estos movimientos y desplazamientos, en sus ambigüedades y puntos de pasajes, permitieron introducir, tal como se expuso, las condiciones necesarias para la recepción de las corrientes y teorizaciones que vinieron después.

No es posible pensar y considerar las teorizaciones que Agorio sostiene en la escritura de sus casos en términos de conocimientos inacabados o erróneos, sino de saberes potenciales y tentativos, capaces de emerger en esa época, y que contribuyeron en el desplazamiento hacia espacios de mayor complejidad y heterogeneidad epistemológica.

En sus propias *faltas* y ambigüedades conceptuales es que el psicoanálisis porta su posibilidad de constitución y de permanente transformación, que bien caracteriza a la teoría freudiana, y que el propio Freud bien supo sostener en su obra.

¿En qué se apoya esta constancia en las elaboraciones freudianas? ¿Por qué es necesario que Freud instale, en un momento u otro, en medio de sus elucubraciones [...] ese *deus ex machina* que termina por cambiar subrepticamente la consistencia del campo en el cual opera? ¿Por qué es necesario que él acondicione esa especie de elemento estratégico sobre el cual se dice que el análisis no puede más que partirse la carisma? Estas cuestiones no apuntan directamente a una ganancia de saber, puesto que se refieren al momento en que el saber se rechazaría, no por accidente remediable, sino por necesidad intrínseca, de tal modo que ese retiro puntual del saber, ese agujero deliberadamente organizado en el tejido simbólico, dicta una actitud mucho más que se incita a comprender. Por ese punto de fuga, lo que esboza aquí es una relación con el saber, no un llamado a suplementar un saber siempre en extensión, siempre en progreso. Quien apunte a transmitir la consistencia del método freudiano debe respetar y prorrogar esos agujeros epistemológicos que Freud instaló en algunos puntos claves de su método (Le Gaufey, s/f, p. 31).

En los términos, muchas veces poco definidos, utilizados por Agorio, en las ideas no del todo acabadas, reposa esta posibilidad de transformación y movimiento que permitió la integración de las ideas del psicoanálisis de Klein y de las corrientes posfreudianas.

En estos *intersticios* y *faltas* en el saber es que el psicoanálisis se constituye como tal y se diferencia del saber psiquiátrico. Estos mismos movimientos parecen sostener el proceso de diseminación de las ideas psicoanalíticas en nuestro país y la posterior constitución de la

clínica psicoanalítica. Es en estos intersticios que el psicoanálisis parece formularse y reformularse, en un proceso incesante e inconcluso.

## 8. Referencias bibliográficas

- AGORIO, R. (1946). Herencia y psicopatía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 11(66):17-48. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
- (1947). Herencia y psicopatía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 12(67):19-48. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
- (1947). Herencia y psicopatía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 12(68):15-48. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
- (1947). Herencia y psicopatía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 12(69):29-48. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
- (1961-1962). Identificación y personaje. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (en línea). ISSN 1688-7247. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Recuperado de: <http://www.apuguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040202.pdf>
- (1964). Enfoque psicoanalítico sobre algunos aspectos de la obra de Gerardo Nerval. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (en línea). ISSN 1688-7247. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Recuperado de: <http://www.apuguay.org/apurevista/1960/168872471964060401.pdf>
- (1970). Psicoanálisis aplicado a la literatura: segunda parte. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (en línea). ISSN 1688-7247. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Recuperado de: <http://www.apuguay.org/apurevista/1970/16887247197012010201.pdf>
- (1976). Reconsideración de Freud. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (En línea) ISSN 1688-7247 Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Recuperado de: <http://www.apuguay.org/apurevista/1970/168872471976140201.pdf>
- (1989). Algo sobre Enrique Pichon Rivière. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (en línea). ISSN 1688-7247. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- AGORIO, R. y GARCÍA AUSTT, G. (1938). Contribución al estudio de una forma delirante de racionalismo mórbido. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 3(17):5-41. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
- AGORIO, R., GARBARINO, M., GARBARINO, H., LACAVA, M., DE PREGO, V., PREGO, L. (1966). Relato oficial sobre el tema Manía. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (en línea). ISSN 1688-7247. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Recuperado de: <http://www.apuguay.org/apurevista/1960/168872471966080106.pdf>
- BARRÁN J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 3. La invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental.
- BEHETTI, P. y GAMBINI, M. (2015). En el prado de Juan T: ¿una escritura de caso? En: MILÁN RAMOS, J. G y LEITE, N. (comp.) *Anales del Proyecto Capes-Udelar. Formación de la clínica psicoanalítica y escritura de caso: interpretación, construcción y narrativa*. Mercado de Letras. Campinas. (En imprenta.)

- BERNARDI, R. (2002). Por qué Klein y por qué no Klein. Reflexiones sobre el desarrollo de las ideas psicoanalíticas en el Río de la Plata. *Aperturas Psicoanalíticas*. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=213>
- (2003). Las necesidades de verdad y las controversias en psicoanálisis. Debate sobre Jacques Lacan y Melanie Klein en el Río de la Plata. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (en línea). 2003:93 113-158. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720039708.pdf>
- (2010). Introducción. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Volumen 74. n.º 2. Recuperado de: [http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/02\\_introduccion.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/02_introduccion.pdf)
- BRUNO, G. (2000a). *Notas para una historia del psicoanálisis en el Uruguay*. En: V Jornadas de Psicología Universitaria: Psicólogos y psicologías entre dos siglos. Consultas, demandas e intervenciones. Montevideo. pp. 427-431.
- (2000). *Entrevista a Madeleine Baranger*. Recuperado de: [http://www.querencia.psico.edu.uy/revista\\_nro5/gabriela\\_bruno.htm](http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro5/gabriela_bruno.htm)
- CAETANO, G., RILLA, J. (1994). *Historia contemporánea del Uruguay. De la Colonia al Mercosur*. Montevideo: Fin de Siglo.
- CANGUILHEM, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CAPONI, S. (2009). *Para una teoría de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel*. Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/ss/v7n3/v7n3a04.pdf>
- CRAVIOTTO, A.; GARCÍA PRESS, F.; MORAES, M. y MÓRTOLA, V. (2015). *Recepción de las ideas freudianas en el Uruguay: cronología y datos para un estudio comparativo*. I Jornadas de Investigación: Formación de la clínica psicoanalítica y escritura de caso: interpretación, construcción y narrativa.
- DUNKER, Ch. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.
- ETCHEPARE, B. (1913). Ceguera histórica. *Revista de Medicina del Uruguay*.
- FOUCAULT, M. (1979). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- FREUD, S. (1893-1895). Estudios sobre la histeria (2ª ed.) En: *Sigmund Freud. Obras completas* Volumen II. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones, 2008.
- (1900-1901). La interpretación de los sueños. En: *Sigmund Freud. Obras completas*. Volumen V. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones, 2008.
- (1916-1917). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- (1930). El malestar en la cultura. En: *Sigmund Freud. Obras completas*. Volumen XXI. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- (1939). Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis. En: *Sigmund Freud. Obras completas*. Volumen XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- GARBARINO, M. (1988). Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. En: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1980/1688724719886801.pdf>.
- GARBARINO, H. (1991). Evocación de Rodolfo Agorio. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. ISSN 1688-7247 (1991) (En línea) (72-73). Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/168872471991727301.pdf>

- HAJER, D. (s. f.). *El movimiento psicoanalítico en el Uruguay*. Recuperado de: <http://www.laondadigital.uy/archivos/2866>
- KLIMOVSKY, G. (1989). Psicoanálisis, ¿ciencia, moda o ideología? *Revista de Psicoanálisis*, Tomo XLIV, n.º 4. Recuperado de: <http://www.taringa.net/posts/ciencia-educacion/17783744/Psicoanalisis-ciencia-moda-o-ideologia.html>
- LE GAUFEY, G. (s. f.). *Una enfermedad a largo plazo*. (Sin datos.)
- MEZAN, R. (2006). Pesquisa em psicanálise: Algumas reflexões. En: *Jornal de Psicanálise*, 39 (70): 227-241. São Paulo.
- MILÁN RAMOS, G. (2012). Plan de Trabajo. Investigación. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo.
- MILÁN, G., DE ARAUJO, N., DUNKER, Ch., VORCARO, A. (2013). *Proyecto conjunto de pesquisa e intercambio académico*. Convenio Capes-Udelar. Formação da clínica psicanalítica e escrita do caso: interpretação, construção e narrativa. Montevideo-Campinas.
- NASIO, D. (2001). *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires: Paidós
- RODULFO, R. (2013). *Andamios del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- ROSSI, S. (1916). Contribución al estudio del Psico-análisis. Ataques histéricos de una amenorrea curados por este método. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Recuperado de: <http://www.apuruquay.org/apurevista/1980/1688724719886801.pdf>