



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Tesis para optar al Título de Magister en Psicología Clínica

**“ECHIN, TEPE, EMOREJA”:
TRAZOS TRANSFERENCIALES EN LA ESCRITURA DE CASO
CLÍNICO PSIQUIÁTRICO (URUGUAY, 1899-1940).**

AUTOR: Marcelo Gambini

DIRECTOR DE TESIS y DIRECTOR ACADÉMICO: Dr. José Guillermo Milán Ramos

Montevideo, Uruguay
2020

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

Freud. *Sobre la dinámica transferencia*

El verdadero tratamiento psíquico mantiene firme también el punto de vista de que la enajenación no es la pérdida abstracta de la razón, ni del lado de la inteligencia, ni del lado de la voluntad y de su capacidad de deliberar, sino que es solamente enajenación, solamente contradicción de la razón que aún existe (...). Dicho tratamiento humano, esto es, racional y benévolo a la vez –es preciso reconocer los grandes méritos adquiridos en este campo por Pinel–, supone al enfermo como un ser racional, y tiene así el punto de apoyo para tomarlo por aquel lado, como del lado corporal tiene la vitalidad, la cual, siendo vitalidad, contiene la salud

Hegel. *Enciclopedia de las ciencias filosóficas.*

Agradecimientos

A mis padres, por haberme transmitido la pasión por el conocimiento.

A Mariana Lione, por su amor, sus divertidas ocurrencias y apoyo incondicional.

A Guillermo Milán, por su amistad, dedicada tutoría, y por impulsarme a alcanzar nuevos niveles de análisis.

A los miembros del Proyecto de Investigación “Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay” por su amistad, cariño y apoyo, en particular, a Gonzalo Delgado por la lectura atenta, observaciones y correcciones.

A Juan Gil, por su generosa ayuda a lo largo de la búsqueda de textos doctrinales de psiquiatría en Facultad de Medicina.

A Mario Eduardo Pereira y Alberto Moreno, por los intercambios y comentarios.

A los compañeros de Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, por su apertura a brindarme materiales de semiótica, filosofía del lenguaje, y lógica.

Por último, a CSIC, por brindarme la beca de iniciación a la investigación sin la cual esta tesis no hubiese sido posible.

Resumen:

Desde una perspectiva discursiva, esta investigación busca identificar e indagar trazos lingüístico-discursivos de la transferencia en la escritura de caso clínico del ámbito psiquiátrico del Uruguay entre 1899 a 1940. Con este propósito, son analizadas diferentes escenas en las que es posible evidenciar la presencia de la transferencia en el discurso psiquiátrico. Para ello, se utiliza una metodología analítico-discursiva (Pêcheux), a partir de la cual se abordan ocho casos clínicos publicados en la *Revista Médica del Uruguay* (1898-1932) y en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (1929-1930, 1935-), las cuales indican en forma particular como, al referirse a la interacción psiquiatra-paciente, se introducen una serie de trazos lingüístico-discursivos que refieren a la acción del psiquiatra –que es ubicado en el lugar de la autoridad– y el paciente –que es mandado a hacer y a reconocer/se ante la autoridad.

Palabras clave: psiquiatría, interpelación, transferencia, caso clínico, trazos lingüístico-discursivos.

Abstract:

From a discursive perspective this research is intended to identify and investigate linguistic-discursive strokes of the transference in the clinical case writing of the psychiatric scope in Uruguay from 1899 to 1940. With this purpose, different scenes are analyzed in which the transference can be located into psychiatric discourse. For this, an analytical-discursive methodology (Pêcheux) is used to address eight clinical cases from *Medical Journal of Uruguay* (1898-1932) and *Journal of Psychiatry of Uruguay* (1929-1930, 1935-), which suggest in a particular way, how, when psychiatrist-patient interaction is referred, a linguistic-discursive strokes series are introduced that refer to the psychiatrist actions –who is located in the place of the authority– and the patient –who is ordered to do and recognize (himself) before the authority.

Keywords: psychiatry, interpellation, transference, clinical case, linguistic-discursive strokes

ÍNDICE

Capítulo 1: Introducción al estudio de los trazos lingüístico-discursivos de la transferencia

1.1	Presentación del problema de investigación.....	6
1.2	Justificación.....	8
1.3	Objetivo y enfoque metodológico.....	9
1.4	El lugar de la transferencia.....	11
1.4.1	La transferencia en Freud y Lacan.....	11
1.4.2	La transferencia en el ámbito médico.....	15
1.4.3	La transferencia en la clínica psiquiátrica.....	16
1.5	Descripción de la estructura de la tesis.....	19

Capítulo 2: Clínica y transferencia

2.1	Características principales del desarrollo de la clínica clásica.....	22
2.2	La clínica psiquiátrica.....	33
2.2.1	La psiquiatría francesa.....	33
2.2.1.1	La semiología francesa.....	36
2.2.2	La psiquiatría alemana.....	37
2.2.2.1	La semiología alemana.....	40
2.2.3	Puntualizaciones sobre la semiología psiquiátrica.....	41
2.3	Aspectos generales del desarrollo histórico de la psiquiatría en el Uruguay hasta 1940.....	42
2.3.1	Puntualizaciones sobre la influencia de la psiquiatría francesa y alemana en la psiquiatría a nivel nacional.....	47
2.3.2	Incidencia de las ideas freudianas en la psiquiatría del Uruguay (1899-1940).....	48
2.4	Aportes epistemológicos sobre la evolución de la clínica médica y el surgimiento de la clínica psiquiátrica.....	50

Capítulo 3: Análisis del discurso: teoría y metodología

3.1	Sobre el análisis del discurso	59
3.1.1	Principales nociones discursivas.....	63
3.2	La escena de la interpelación del sujeto y su relación con la transferencia.....	66
3.3	Confesiones: Religión, Justicia, Psiquiatría.....	71
3.4	Sobre la estrategia de estudio de los trazos lingüístico-discursivos de transferencia.....	73

Capítulo 4: “echin, tepe, emoreja”: Análisis de datos

4.1	Análisis de casos clínicos.....	96
4.1.1	<i>Un caso de astasia-abasia</i> (Morelli, 1899).....	97
4.1.2	<i>Locura comunicada entre dos hermanas</i> (Etchepare, 1904/1929).....	102
4.1.3	<i>Ceguera histérica</i> (Etchepare, 1913).....	111
4.1.4	<i>Contribución al estudio del Psico-análisis</i> (Rossi, 1916).....	119
4.1.5	<i>A propósito de la sordera verbal congénita</i> (Etchepare, 1924/1930)	125
4.1.6	<i>Un caso de mutismo</i> (Pérez Pastorini, 1925).....	131

4.1.7 <i>Estados catatónicos reaccionales a estructuras psicopáticas de carácter emocional</i> (García Austt, Agorio y Fascioli, 1938).....	136
4.1.8. <i>Examen psicológico de un Artista Esquizofrénico</i> (Cáceres, 1938).....	142
4.2. Trazos lingüístico-discursivos de la transferencia en la escritura de caso clínico psiquiátrico.....	144
4.3 Análisis sobre la incidencia del concepto de transferencia en el ámbito psiquiátrico del Uruguay entre 1899 y 1940.....	151

Capítulo 5: Conclusión

5.1 La estructura de la clínica psiquiátrica.....	155
5.2 Sistematización de los trazos lingüístico-discursivos de la transferencia en la escritura de caso.....	159
5.2.1 Delimitación de los trazos lingüístico-discursivos de la transferencia sobre la escritura de caso.....	163
5.3 El efecto de la transferencia en la escritura de casos clínicos psiquiátricos.....	164
5.4 Prospectiva: Dialécticas de la transformación en los procesos clínico-psiquiátricos.....	170

6 Anexos

6.1 Tabla de las diferentes modalidades de transferencia.....	174
6.2. Ejemplos de realizativos que refieren a la modalidad de transferencia.....	174
6.3 Ejemplos de adjetivos calificativos que refieren a la transferencia.....	174
6.4 Ejemplos de cambios de posición enunciativa que refieren al efecto de la transferencia.....	175
6.5 Ejemplos de rasgos clínicos que permitirían trazar situaciones de transferencia.....	175
6.6 Textos doctrinales de psiquiatría e higiene, existentes en la Biblioteca de la Facultad de Medicina, Udelar, publicados entre 1800 y 1940 (no incluye publicaciones nacionales realizadas en revistas).....	175
6.7 Publicaciones nacionales sobre psiquiatría, realizadas en la Revista Médica del Uruguay y Revista de Psiquiatría del Uruguay entre 1899 y 1940.....	177
6.8 Casos Clínicos.....	183

7 Referencias bibliográficas.....	234
--	------------

Capítulo 1: Introducción al estudio de los trazos lingüístico-discursivos de la transferencia

1.1 Presentación del problema de investigación

En la presente investigación buscamos identificar e indagar trazos lingüístico-discursivos de la transferencia en la escritura de caso clínico del ámbito psiquiátrico del Uruguay entre 1899 a 1940. Si bien antes de este período se ha identificado una fase de prácticas de psiquiatría “pre-universitarias” (Duffau, 2019). A partir de la fundación de la Universidad de la República en 1849 se empezó a organizar un grupo de médicos que creó las condiciones para la fundación de la Facultad de Medicina en 1875, y dar lugar, en 1899, a la publicación del primer número de la *Revista Médica del Uruguay* (que se discontinúa en 1932), primera revista de especialidades médicas en el país. Hemos adoptado esta fecha, 1899, como punto de partida para la organización de los datos de nuestra investigación. Ya desde su primer número, la *Revista Médica del Uruguay* permite localizar diferentes casos clínicos y textos doctrinales de psiquiatría, y sus páginas constituyeron una caja de resonancia de los principales hechos que contribuyeron para la constitución e institucionalización del campo psiquiátrico en el Uruguay, como la fundación de la cátedra de psiquiatría de la Facultad de Medicina, en 1908; la fundación de la *Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*, en 1923, o el lanzamiento de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, en 1929. Textos publicados en sus páginas constituyen, asimismo, registros e indicios muy valiosos de la recepción de las ideas de Sigmund Freud en el Uruguay y de las prácticas clínicas, psicoterapéuticas y de cura de la época, cuestiones que resultan de crucial interés para la delimitación de nuestro tema de estudio. Asimismo, en las páginas de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* es posible notar, hacia finales de la década de 1940, un momento de crisis en el modelo y la comprensión de la psiquiatría que nos permite circunscribir el período de nuestra investigación.

La lectura de casos clínicos y textos doctrinales, en dicho período, permite figurarnos una serie de “escenas” en las que, a través de distintos trazos lingüístico-discursivos, se alude a la interacción del psiquiatra con el paciente. La noción de “trazo” resulta relevante porque, si bien durante el período considerado varios psiquiatras refieren a la obra de Freud en sus consideraciones clínicas –ya sea marcando una sinonimia entre “Psico-análisis” y “psicoterapia” (Etchepare, 1913; Rossi, 1916) o introduciendo dentro de la escritura de caso referencias al papel del deseo, de la

etiología sexual, al complejo de Edipo, al yo, al ello o al superyó (Cáceres, 1934/1936, 1938; Payssé, 1936; Radecki, 1935; Rossi, 1916, 1926; Sicco, 1936)—, en ningún caso figura el significante “transferencia” como un término capaz de subrayar las particularidades de la relación establecida entre un médico y su paciente.

A partir de la ausencia del término *transferencia*, nos surge la siguiente interrogante: ¿acaso esta ausencia nos impediría considerar que la transferencia pudiese dejar su trazo en la escritura de caso, a pesar de no ser nombrada? En tanto que podemos observar distintas articulaciones lingüístico-discursivas que parecen referir a las maniobras del psiquiatra sobre el paciente, consideramos que las mismas serían capaces de reflejar efectos transferenciales observables en la escritura del caso. En este sentido, si bien los propios psiquiatras no parecen reflexionar en torno a la relación con sus pacientes, algunos de ellos exponen en su escritura adjetivos calificativos para valorar a sus pacientes; su presencia parecería señalar que algo de lo transferencial estaría en juego allí.

A pesar de que este tipo de expresiones parecen ser habituales en la escritura de casos clínicos psiquiátricos, predominaría en ellos el estilo descriptivo, presente a través de una representación cronológicamente ordenada de los elementos que lo constituyen — que se establecerían como una *modalidad científica*¹ de conocer la enfermedad mental—, o mediante la articulación de distintos elementos semiológicos que se yuxtaponen en relación a un cuadro. Sin embargo, ante esta descripción, parecerían producirse cambios de estilo y de posición enunciativa, que tienden a emerger en los momentos en que es referida la interacción del psiquiatra con el paciente. Este hecho nos obliga a preguntarnos: ¿estos adjetivos y cambios de posición y de estilo podrían considerarse trazos lingüístico-discursivos de la transferencia?² Y si es así, ¿existen otros trazos lingüístico-discursivos que permitan localizar el fenómeno transferencial?

¹ Como se verá a lo largo de la tesis, dada la influencia del naturalismo en la clínica médica y médico-psiquiátrica (Foucault, 1966 a/ 2001); Saurí, 1996), es posible considerar que la psiquiatría articularía una modalidad discursiva de lo que entiende como ciencia, la cual comprendería que es posible conocer los objetos de estudio (las enfermedades mentales) al describirlos mismo en tanto fenómenos —tal cual se nos presentan en su forma— y al nombrar a tales fenómenos, de manera que a partir del nombre la constitución de la enfermedad adquiere existencia, y a partir de su descripción se conoce su presentación, evolución y desenlace.

² En un inicio utilizamos el término “Signo”, pero el mismo podría confundirse con “signo clínico” o con “signo” en sentido semiótico (Peirce). Por ello, decidimos usar el término “trazo” (*trazo transferencial*), que se refiere a la emergencia, en el hilo del discurso (intradiscurso) de un rasgo o indicio lingüístico-discursivo que *podría indicar la presencia de la dimensión transferencial* en una escena o interacción médico-paciente. Tal relación, sin embargo, no es categorial; indicaría, más bien, la posibilidad de la

En la escritura de caso,³ la interacción psiquiatra-paciente es referida en distintas escenas, y en la medida en que la palabra del paciente es demandada insistentemente bajo una modalidad de relación de sometimiento y reconocimiento al médico, tales escenas parecerían articular modos de relacionamiento transferencial. Por ello, desde el análisis de discurso de tradición francesa (Pêcheux, 1975/2016), podríamos considerar estas escenas y estudiar allí las formas en que es posible ubicar e identificar trazos de la transferencia, de cuyo abordaje nos ocuparemos en esta investigación. Para dicho estudio, nos serviremos de las elaboraciones freudianas y lacanianas del concepto de *transferencia*, ya que nos permitirán comprender las formas en que tal concepto podría operar en aquella particular relación.

Con este fin, analizaremos discursivamente las formas en que, en estas escenas, se hace referencia a la transferencia, en la medida en que las mismas podrían remitir a ciertos aspectos de la *escena de la interpelación*,⁴ la cual parecería presentarse como el punto de la teorización althusseriana capaz de articular el concepto psicoanalítico de transferencia al análisis del discurso. En tanto que articular el concepto de transferencia a la escena de la interpelación nos permitiría arribar a una comprensión de cómo se producen los trazos lingüístico-discursivos de la transferencia en el discurso, podremos determinar los modos particulares en que ellas podrían ser identificadas y localizadas.

1.2 Justificación

En relación a la transferencia, en tanto que “es un fenómeno universal” (Freud, 1925 [1924]/1992, p. 40), presente en todas las relaciones humanas, y teniendo en

presencia de este fenómeno, que debe confirmarse o fundamentarse con la presencia de otros trazos o rasgos.

³ Al referir a la escritura y el discurso, lo hacemos en tres niveles: En un nivel básico, consideramos el estudio de la escritura entendiendo a la misma como un soporte material de determinados marcadores del discurso, que podrían señalar el fenómeno transferencial. En un segundo nivel, entendemos la escritura como una práctica, en la que se puede analizar, en relación a ciertas instancias enunciativas, “la identificación del sujeto que escribe con la forma-sujeto” (Insaurralde, 2003, s. n), lo que produce una “escritura de tipo encaje” –“*l’écriture à enchâssement*” (Pêcheux, 19995, p. 146, en Insaurralde, 2003, s.n)-, que se muestra mediante la presencia de procesos sintácticos de subordinación, en los que la determinación y la explicación se “engarzan como ‘piezas de un mecanismo indestructible’” (Pêcheux, 19995, p. 146, en Insaurralde, 2003, s.n). En un tercer nivel, en relación al estudio e identificación de lugares en que se presenta una “escritura de tipo desligamiento” –“*L’écriture à dé-liaison*” (Pêcheux, 19995, p. 147, en Insaurralde, 2003, s.n)-, la que refiere a las instancias enunciativas en que se evidencian procesos de subjetivación que producirían al “sujeto dividido”: un cuestionamiento del texto en sí mismo que se presenta mediante enunciados yuxtapuestos por conexión implícita, frases interrumpidas, enumeraciones y borramientos (Insaurralde, 2003).

⁴ La ideología actúa de tal forma que recluta sujetos mediante una operación denominada *interpelación*, la cual “se puede presentar con la más trivial interpelación policial (o no) de cualquier día: ‘¡Eh, vosotros, allá!’” (Althusser, 1986, p. 202).

cuenta que no requeriría de la situación analítica para desencadenarse (Harari, 1999), es razonable pensar y estudiar la transferencia por fuera del ámbito clínico psicoanalítico y considerar otros ámbitos de aplicación. En virtud de ello, se volvería factible indagar los fenómenos transferenciales en los casos clínicos psiquiátricos, puesto que en ellos la relación psiquiatra-paciente parecería estar figurada por una tensión, en la que la relación con el paciente quedaría señalada mediante referencias a la asistencia,⁵ la incomodidad, la persuasión, la amenaza, entre otras.

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

1.3 Objetivos y enfoque metodológico

Desde una perspectiva discursiva, proponemos identificar y analizar trazos lingüístico-discursivos de la transferencia en la escritura de caso clínico en el Uruguay entre 1899 y 1940⁶, periodo de constitución de la clínica psiquiátrica nacional.

A partir del abordaje inicial de los materiales discursivos que constituyen nuestro corpus de datos,⁷ esta investigación consistirá en identificar algunos casos clínicos cuya interpretación nos permita mostrar el fenómeno de estudio. Se trata de casos clínicos que, de un modo u otro, refieren al fenómeno de la histeria, a las técnicas psicoterapéuticas, y/o a la incidencia de las ideas freudianas sobre la psiquiatría. En este

⁵ Tales referencias nos llevan a proponer que se articularía entre el psiquiatra y el paciente una dimensión asistencial, que pone en juego ciertas demandas, las cuales, viabilizadas mediante la palabra, parecen introducir la dimensión del deseo, provocando que la transferencia adquiriera allí su papel (Assoun, 2008; Braunstein et al, 2005).

⁶ Dado que entendemos al análisis del discurso “como una estrategia lingüístico-discursiva a partir de las condiciones de producción en una formación discursiva dada” (Pêcheux, 1988, citado en Leal Rodríguez, 2009, p. 1), es posible considerar que el discurso se inscribe dando lugar a ciertos sentidos, ya estabilizados o no, para poder ser enunciados o ritualizar de forma estable los procedimientos de interdicción de los sujetos y de los discursos (ibid.).

⁷ El corpus se conformó mediante una selección de casos clínicos psiquiátricos provenientes de la *Revista Médica del Uruguay* y la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.

sentido, el estudio de casos de histeria se hace relevante por su frecuencia dentro del corpus del periodo de análisis; el abordaje de casos en los que se articula alguna técnica psicoterapéutica se justifica por ser éste el campo en el que inicialmente encontramos un conjunto de trazos lingüístico-discursivos que parecen apuntar a la transferencia; y el estudio de casos en los que podemos visualizar la incidencia de las ideas freudianas sobre la psiquiatría se destaca por la posibilidad de que ciertos psiquiatras hubieran accedido a la conceptualización freudiana de la transferencia, y que ella hubiera podido influir en la modalidad de abordaje y conceptualización del caso psiquiátrico de la época.

Dada la cantidad de casos existentes, hemos optado por seleccionar solamente ocho de ellos, tomando en consideración aquellos casos que contengan escenas privilegiadas en las que podamos identificar y abordar diferentes trazos lingüístico-discursivos de la transferencia.

Ante tal selección de casos, articulamos como marco teórico-metodológico el modelo de análisis de discurso de Pêcheux, y ello se debe a varias razones: por un lado, esta modalidad de análisis discursivo se muestra altamente sensible para la delimitación del funcionamiento ideológico del discurso; también porque el autor aborda el funcionamiento del discurso de la ciencia, fundamental para entender el discurso de la psiquiatría; por otro lado, porque el análisis discursivo permite un trabajo detallado sobre los enunciados para entender su funcionamiento lingüístico-discursivo; y, por último, porque su teorización abre el espacio, coloca en su horizonte la posibilidad de una articulación con una concepción psicoanalítica de la subjetividad, que podría ser sumamente útil para el estudio del funcionamiento del significante en transferencia.

A pesar de ello, es importante señalar que el análisis del discurso no constituye, *a priori*, un procedimiento de análisis, ya que el estudio y determinación del objeto de estudio que el análisis de discurso pretende abordar acompaña al desarrollo de la metodología misma. Con este fin, hemos establecido nuestro abordaje de análisis tomando también aportes del análisis psicoanalítico del discurso (Dunker, Paulon, Milán Ramos, 2016), de la filosofía, provenientes de las contribuciones de Kripke, y de la dialéctica de Hegel y Adorno, teorizaciones que se encuentran en concordancia epistemológica con la propuesta de Pêcheux. Asimismo, dada la "naturaleza" de nuestro objeto de investigación, consideramos necesario articular el concepto de *paradigma* de Agamben, el cual nos permitirá captar los efectos de singularidad en un caso, en la

construcción paradigmática de una comunidad científica, así como desplazar al paradigma del ámbito epistemológico al ámbito político, de modo de pensar el plano político de los enunciados y los regímenes discursivos (Agamben, 2010), lo cual va en consonancia con el planteo de Pêcheux (1975/2016), para quien las formaciones discursivas⁸ están determinadas ideológicamente.

1.4 El lugar de la transferencia

Para comprender la inscripción de la dimensión transferencial en nuestro trabajo, nos enfocaremos, inicialmente, en los desarrollos de Freud y Lacan, los cuales nos permitirán aproximarnos en la comprensión de posibles trazos lingüístico-discursivos de transferencia. A continuación, mostraremos los modos en que puede “leerse” el concepto de transferencia en medicina y en psiquiatría, lo cual suscitará una serie de interrogantes.

1.4.1 La transferencia en Freud y Lacan

En 1895, Breuer y Freud presentan la transferencia por primera vez, a partir de los obstáculos que se le presentaban al médico ante sus pacientes. A este respecto, los autores comentan un ejemplo:

Cuando la enferma se espanta por transferir a la persona del médico las representaciones penosas que afloran desde el contenido del análisis, ello es frecuente, y aun de ocurrencia regular en muchos análisis. La transferencia sobre el médico acontece por *enlace falso*. Aquí me veo precisado a dar un ejemplo: Origen de un cierto síntoma histérico era, en una de mis pacientes, el deseo que acariciara muchos años atrás, y enseguida remitiera a lo inconsciente, de que el hombre con quien estaba conversando en ese momento se aprovechara osadamente y le estampara un beso. Pues bien, cierta vez, al término de una sesión, afloró en la enferma ese deseo con relación a mi persona; ello le causa espanto, pasa una noche insomne y en la sesión siguiente, si bien no se rehúsa al tratamiento, está por completo incapacitada para el trabajo⁹ (Breuer y Freud, 1893-1895/1992, pp. 306-307).

Mediante este ejemplo, Freud y Breuer introducen la idea de que, entre el médico y su paciente, puede establecerse un enlace falso, es decir, sentimientos, comportamientos, deseos, etc. que originalmente estarían dirigidos hacia otra persona, pero que se actualizarían sobre la figura del médico dificultando el análisis. En este

⁸ En el marco de esta investigación, entendemos por *formación discursiva* al conjunto de prácticas discursivas que representan en el lenguaje la forma en que determinadas formaciones ideológicas, desde una postura y coyuntura determinada, atravesarían una disciplina, estableciendo que puede y debe ser dicho (Pêcheux 1975/2016).

⁹ Las itálicas pertenecen a los autores.

sentido, el concepto de transferencia queda inicialmente delimitado como una interferencia en el análisis.

Posteriormente, Freud matizaría la influencia negativa de la transferencia en el análisis, pues, en *Fragmento de Análisis de un caso de histeria* de (1905 [1901]/1992), el autor señala que *en el curso de la cura psicoanalítica se suspende la neoformación de síntomas, no así la productividad de la neurosis*, ya que se crea un tipo particular de *formación de pensamiento inconsciente* que recibe el nombre de *transferencia*, mediante la cual reactualizaría una serie de vivencias psíquicas anteriores.

Algunos años más tarde, Freud continuaría desarrollando el concepto. En *Sobre la dinámica de la transferencia* propone que:

(...) todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse. Esto da por resultado, digamos así, un clisé (o también varios) que se repite –es reimpreso– de manera regular en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles, aunque no se mantiene del todo inmutable frente a impresiones recientes. Ahora bien (...) sólo un sector de esas mociones determinantes de la vida amorosa ha recorrido el pleno desarrollo psíquico; ese sector está vuelto hacia la realidad objetiva, disponible para la personalidad consciente, y constituye una pieza de esta última. Otra parte de esas mociones libidinosas ha sido demorada en el desarrollo, está apartada de la personalidad consciente, así como de la realidad objetiva, y sólo tuvo permitido desplegarse en la fantasía o bien ha permanecido por entero en lo inconsciente, siendo entonces no consabida para la conciencia de la personalidad. Y si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, él se verá precisado a volcarse con unas representaciones-expectativa libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca (Freud, 1912/1991 p. 97-98).

Vemos así que la transferencia es referida por Freud como un “clisé”; no estaría presente allí la consideración de la transferencia como interferencia negativa, sino como repetición de “una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa” (ibid., p. 97), lo cual introduciría un factor psicodinámico, pues, “si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad” (ibid., p. 98), ésta se volcará “hacia cada nueva persona que aparezca” (ibid., p. 97-98).

Mas adelante, en *La conferencia 27*, titulada *La transferencia* (1916-1917/1991), Freud logra reconocer a la *transferencia como motor del análisis*, es decir, aquello que permitiría al paciente profundizar en sus recuerdos, ideas y asociaciones, evidenciando así, una dimensión productiva de la transferencia, central para la cura. De esta manera,

la evolución de la conceptualización freudiana de transferencia muestra que el término se encuentra fuertemente articulado con las nociones de *resistencia* y *repetición*. En este sentido, el concepto de transferencia presenta cierta ambigüedad, en la medida en que indica un fenómeno que se produce como un *escollo* en la práctica con los pacientes, pero también constituye el *motor de la cura*.

Lacan (1957/2009) considera que lo que sucede en un psicoanálisis es una experiencia fundamentalmente intersubjetiva y simbólica, dado que al hablar de dialéctica subsiste de manera implícita la necesidad de la intersubjetividad en la relación entre el paciente y el analista, en la cual, a través de desarrollos de verdad e inversiones dialécticas, se podría arribar a la verdad de los síntomas (Álvarez, 2012).

En un psicoanálisis, en efecto, el sujeto, hablando con propiedad, se constituye por un discurso donde la mera presencia del psicoanalista aporta, antes de toda intervención, la dimensión del diálogo. (...) su curso debe proseguirse según las leyes de una gravitación que le es propia y que se llama la verdad. Es éste en efecto el nombre de ese movimiento ideal que el discurso introduce en la realidad. En una palabra, el *psicoanálisis es una experiencia dialéctica*, y esta noción debe prevalecer cuando se plantea la cuestión de la naturaleza de la transferencia¹⁰ (Lacan, 1957/2009, p. 210).

Dicha experiencia dialéctica puede verse obstaculizada si el analista desea demasiado el *bien* de su paciente, ya que ello tendería a “*la ortodramatización subjetiva*” (Álvarez, 2012, p. 59), precisamente “en ese momento, (...) emergerá la transferencia como una marca de errancia en el analista, así como también de orientación, como de un llamado al orden de su papel que sería el de un no-actuar positivo”¹¹ (ídem) como condición de posibilidad para el advenimiento de la subjetividad expresada en y por los síntomas.

En su octavo seminario, Lacan retoma el problema de la transferencia señalando que, en una primera instancia, el analista es posicionado en el lugar de amante (*erastés*), quien pone su deseo de analizar, y el paciente está en el lugar de amado (*erómenos*). Dicha instancia finalizaría con el advenimiento de la metáfora del amor, mediante la sustitución de un lugar por otro. En dicha metáfora, se produce un intercambio de los lugares, pasando el paciente a ser causado en su deseo por algo que se produce gracias a la presencia del analista, quien se niega a responder –lo que no es lo mismo que negarse a señalar el lugar del sujeto, presente allí en su pregunta. Al negarse, impide que sea

¹⁰ Las itálicas pertenecen al autor.

¹¹ Las itálicas pertenecen al autor.

aceptado el intercambio, el cual sería inadmisibile, ya que el analista se posicionaría como alguien que depone su lugar de saber y, en consecuencia, no podrá dar nada como respuesta. Esta posición es la que Lacan describe como la de Sócrates ante Alcibíades, como la de aquel que, con su fealdad, recubre, sin embargo, un brillo interior, una *agalma*, la cual indica la ubicación de Sócrates con respecto al saber.

Mediante la referencia al banquete de Platón, Lacan logra distinguir la transferencia de la repetición, ya que destaca que la relación analítica no sólo permite la articulación de un pasado que retorna mediante la relación transferencial, sino también la presencia en acto de una ficción que se crea para el analista, para ese otro que escucha (Alvares, 2012). El síntoma no entra en escena hasta que es introducido en la órbita de la acción del analista, por tanto, “aquello que es considerado síntoma para la medicina – desarreglo con respecto al funcionamiento normal del organismo– no lo es todavía para [el psicoanalista]” (ibid., p. 60).

En el mencionado seminario, Lacan formaliza la transferencia con el siguiente matema:

$$\begin{array}{c} St \text{ -----} \grave{a} Sq \\ \text{-----} \\ s (s1, s2, sn\dots) \end{array}$$

Figura 1. Representación formal (matema) de la transferencia (Álvarez, 2012).

En él, Lacan indica que un significante representa a un sujeto-saber para otro significante. El significante de la transferencia supone un sujeto, al cual le va adjunto un saber para otro significante cualquiera. El significante de la transferencia instauro la transferencia como tal, no en la medida en que él se relacionaría con la suposición de un saber atribuido al analista, sino, más bien, porque tal significante es el efecto de la transferencia. Ese significante instituye al síntoma como tal cuando lo articula a un saber supuesto que se debe develar (ibid.).

Más que hablar de *la* transferencia, para Lacan es necesario indicar que el concepto de transferencia puede entenderse en función de los registros: simbólico, imaginario y real. A nivel simbólico, por el sólo hecho de hablar ya existe la transferencia, en tanto que hay un desplazamiento de afecto de una representación a otra. Aquí se localizaría la transferencia del saber inconsciente, la cual, en relación a la

cura, permite erigir al analista al lugar del *Sujeto supuesto Saber*, en la medida en que en el campo de lo simbólico toma importancia el Otro, al que se dirige también el sujeto cuando le habla a otro en transferencia, en tanto que ese otro está en el lugar del saber, aun como supuesto. A nivel imaginario, la transferencia se produce ante la persona del analista, en tanto que él encarna un lugar de saber para el analizado, haciendo de la persona del analista un sabio ante el analizado. En ella se pone en juego el amor de transferencia, que responde al intento de recuperar en el Otro, por vía del amor, el goce originario perdido. Dicha transferencia es imprescindible para la cura y aún más en el inicio del tratamiento, ya que es necesario esta dimensión de sugestión, de religión y de demanda para que se vehiculice el tratamiento. A nivel de lo real, la transferencia se vincula con el goce, con la falta de saber, con la presencia real del analista. Aquí se puede ubicar al acto analítico y a la función del corte en la sesión. En la medida en que dichos actos y cortes posibilitarían liberar al sujeto de cierta modalidad de goce –de un goce con el cual se identifica, que lo retiene y del cual sufre– para que pueda reencontrarse con su deseo (Herreros, 2002).

1.4.2 La transferencia en el ámbito médico

Entre los antecedentes sobre la transferencia en el ámbito médico, podemos destacar la obra del psicoanalista Balint [1896-1970], quien en 1962 escribe *El médico, el paciente y la enfermedad*, texto en el que refiere al concepto de transferencia, entendido como el conjunto de actitudes, sentimientos y conductas de determinación inconsciente que el paciente despliega respecto del médico, cuya estructura surge de la interacción con las personas significativas en el transcurso de la vida, especialmente en la infancia. Más recientemente, en el ámbito médico, Loyssa Lara, Ruiz Moral y García Campayo (2009) consideran que los pacientes acuden al médico en forma generalmente pasiva, dominados por la fantasía de que, frente a sus peticiones, los médicos les proporcionarán la solución en forma de medicamento, y afirman que, frente a las dificultades vinculares con los pacientes y las tensiones de las consultas, los médicos llegan a mostrarse fríos e impersonales.

Desde Argentina, Ulnik (2008) plantea que “el médico en su consultorio es depositario frecuentemente de una demanda de atención psicológica” (p. 196), pero que dicha relación puede verse afectada por las conductas que realiza el paciente, despertando en el médico sentimientos negativos de odio que lo posicionan en un lugar en el que expresa su descontento ante el paciente. Figueroa (2014) afirma que el

paciente, en su relación con el médico, puede reflejar en su accionar las ambivalencias de los conflictos infantiles. En consonancia con ello, en Brasil, varios autores consideran la relación médico-paciente como un medio en el que actúa la resistencia, la cual, bajo la transferencia, reproduce la relación basada en ciertos imagos infantiles durante el procedimiento de la cura, emergiendo como amor, odio, miedo o falsa ligazón. Además, plantean que, ante esta transferencia, el médico se vale de su autoridad para suprimir el síntoma en su paciente, sin considerar las posibles resistencias, pues, para él lo importante es eliminar lo sintomático (Luchese, Curi Abud y De Marco, 2009; Bissoli, 2006; Maurano, 2006).

1.4.3 La transferencia en la clínica psiquiátrica

Durante el siglo XVIII, mientras Pinel trataba de dilucidar las causas de la locura con el tratamiento moral,¹² se volvería imposible obviar el combate de los vicios y las pasiones sociales inadecuadas a través del poder de la autoridad médica frente al alienado, siendo considerado este último “abierto” a un proyecto terapéutico moral. En este sentido, “*la* moral y *lo* moral se atraviesan constantemente en las prácticas del primer alienismo. Incluso aventuraría una posible resignificación de *la* moral y de la religión –‘un dominio religioso sin religión’, según Foucault”¹³ (Huertas, 2010, p. 16).

Bajo esta concepción del tratamiento, Pinel considera que, como la alienación estaría imbricada en la propia razón, el tratamiento psíquico debe considerar que la locura no constituye un simple desvarío del espíritu, una contradicción de la que aún resta algo de razón, siendo este resto un punto de apoyo a partir del cual podría desarrollarse el tratamiento moral, en el cual se tiende a recurrir al miedo y la coerción.

El poder de “desalienación” del miedo sugerido por Foucault, propiciaría, además, un sentimiento de culpabilidad y una “conciencia moral” que servirían para “organizar la locura”. Por eso, resulta pertinente destacar que el tratamiento moral (psíquico), tanto en su modalidad más suave –*la douceur*– como en su vertiente más coercitiva –el temor como medio de curación– persiguieron siempre llegar al interior mismo de la perturbación psíquica; incluso cuando los alienistas recurrieron a los castigos corporales y a los tratamientos físicos nunca olvidaron el

¹² “Gladys Swain destaca el nuevo vocabulario que surge en el siglo XIX en torno a los fenómenos subjetivos: lo ‘mental’, lo ‘psicológico’, lo ‘psíquico’, pero, sobre todo, lo ‘moral’. Frente a *la* moral (ética o religiosa), *lo* moral, esto es, lo que se opone a lo físico. (...) el término ‘moral’ se utilizó para designar la parte psíquica y afectiva del ser humano. Es en este marco conceptual en el que habría que entender el tratamiento moral, un intento de intervenir sobre la mente del paciente y no sobre su cuerpo, con el fin de procurarle alivio o curación de su insania. En este sentido, se podría aventurar que se libera al loco de *la* moral, para concebirlo en el ámbito de *lo* moral, de lo psíquico” (Huertas, 2010, p. 15) (las itálicas pertenecen al autor).

¹³ Las itálicas pertenecen al autor.

objetivo moral (psíquico) de los mismos. Así, las duchas, el sillón giratorio, etc. fueron reinterpretedados a la luz de su poder “moralizador”. (ibid., p. 17-18).

De este modo, mediante el tratamiento moral, “se podrá establecer algún tipo de relación 'transferencial'” (ibid., p. 22).

Más recientemente, en el siglo XX, dentro del ámbito psiquiátrico, interesado por la esquizofrenia, Bleuler toma el concepto freudiano de ambivalencia (Freud, 1912/1991), ya que en su trabajo clínico solía presenciar el fenómeno de una transferencia positiva junto a una transferencia negativa, que tendía a recaer sobre la misma persona. A partir de este trabajo, no sólo el estudio de la transferencia comenzaría a articularse al estudio de la psicosis, sino que, además, se daría un paso fundamental a nivel teórico que contribuiría a cierta aceptación del psicoanálisis dentro del campo psiquiátrico, fundamentalmente en la psiquiatría órgano-dinámica (Ramón Vega Ávila, 2006). En 1965, Ey, Bernard y Brisset, representantes de dicha corriente psiquiátrica, realizan dos consideraciones en relación a la transferencia: en primer lugar, separan la transferencia de la contratransferencia, planteando a la primera en torno a las resistencias del paciente, en la medida en que la transferencia se expresa como un fenómeno general desarrollado en la interacción:

El *analizado* percibe una serie de situaciones afectivas que son “proyectadas” por él, bajo múltiples formas: tanto busca defenderse contra un sentimiento sexual o agresivo respecto al *analista*, como contra un recuerdo o emoción que no pueden comunicar, o contra una impulsión cuya realización a veces se bosqueja¹⁴ (Ey, Bernard y Brisset, 1965/, 1995, p. 947).

En segundo lugar, consideran a la transferencia como motor de la cura, en tanto que, mediante ella, el paciente puede atravesar durante el tratamiento por procesos de identificación y abandono de identificaciones, de modo de encontrar su identidad propia.

Si bien los autores antes referidos han realizado una contribución sobre la transferencia muy cercana a algunos planteos de Freud, no debemos creer que la misma es general para la psiquiatría ni para la psicología. En Estados Unidos, la Psicología del yo desarrolla desde finales de la década del 30 el concepto de *alianza terapéutica*, distinguiéndolo del de transferencia, en la medida en que el primero señalaría la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que haría posible el *insight* y el uso de las interpretaciones. De esta forma, al rechazar la parte negativa de la

¹⁴ Las itálicas pertenecen al autor.

transferencia, consideran la *alianza* como un “área libre de conflictos”, como un “constructo panteórico” que sería capaz de incluirse en cualquier tipo de intervención médica (Etchevers et al, 2010). De este modo, el concepto de alianza parecería desplazar al de transferencia, en la medida en que sería capaz de extrapolarse a todos los campos de la salud sin aparente problema.

En los últimos años, el DSM ha desplazado la influencia orgánico-dinámica de Ey del campo de la Salud Mental. A lo largo de su desarrollo, han colaborado miembros de la Asociación Psicoanalítica Americana (APsAA), quienes habrían mantenido una fuerte relación con la Psicología del yo (Nos, 1995; Del Barrio, 2009; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Tal desplazamiento podría estar influyendo sobre la escasa referencia actual al problema de la transferencia dentro del ámbito médico y psiquiátrico.¹⁵

A pesar de la escasa referencia actual sobre la transferencia en el ámbito psiquiátrico, nos preguntamos acerca del nivel de relevancia del concepto de transferencia dentro del discurso psiquiátrico. Si observamos con detenimiento, notaremos que existen pocas referencias explícitas al concepto de transferencia en buena parte de los materiales clínicos psiquiátricos. Con todo, podemos localizar algunas referencias al concepto en aquellos materiales de psiquiatría que, influenciados por el psicoanálisis, dan relevancia al concepto de transferencia, tal como ocurre en las obras de los representantes de la teoría interpersonal y de la psiquiatría órgano-dinámica. En líneas generales, los mismos definen a la transferencia como un fenómeno general que se desarrolla en el “*encuentro analítico*” por efecto de ansiedades no reconocidas y originadas en relaciones anteriores, y como el efecto de la resistencia del paciente en la psicoterapia al percibir una serie de situaciones afectivas que son

¹⁵ La creación del concepto “alianza terapéutica” parecería tener una función ideológica que reduciría la posibilidad de tener en cuenta las tensiones inconscientes de la transferencia, generando las condiciones de posibilidad para que emerjan otros modos de comprensión sobre lo psicopatológico, como son los DSM. A su vez, si tal “alianza” deja de lado la conceptualización sobre la transferencia, la psiquiatría podría desplazar también el interés por los fenómenos inconscientes, como sucedería hoy con los abordajes psiquiátricos basados en manuales estadísticos. Estos diagnósticos implican un inventario de trastornos en combinación, unos con otros, determinando cuadros y diagnósticos clínicos, sin necesidad de recurrir a conceptualizaciones sobre la transferencia. Por otra parte, con los DSM, se dejarían de lado las formas de organización que fueron determinantes no sólo para el progreso del movimiento psicoanalítico, como son las neurosis, sino también los demás paradigmas teóricos que han permitido el desarrollo histórico de la clínica misma (mediante el estudio de la histeria, las perversiones, y la psicosis). Por lo tanto, si bien la noción de “alianza terapéutica” se encuentra emparentada a líneas teóricas psicoanalíticas, como la psicología del yo, parecería haber favorecido la “desavenencia” de las neurosis como entidad clínica, así como la pérdida de la influencia del corpus teórico psicoanalítico sobre la psiquiatría.

proyectadas por él, de las cuales se defiende de modo de evitar un sentimiento sexual o agresivo respecto al analista (Meyer et al, 2011; Sullivan, 1944-1947). Por otro lado, plantean que “lo esencial del conocimiento clínico de las enfermedades mentales está constituido por “el ‘encuentro’ del médico y el paciente” (Ey, Bernard y Brisset, 1965/1995, p. 73) y que “el psiquiatra no debe olvidar jamás el hecho de que todos los procesos del paciente van dirigidos a él con mayor o menor exactitud y de que todo, cuanto ofrece –su experiencia– va dirigido más o menos exactamente a su paciente” (Sullivan, 1969, p. 44).

Ante estas muy diversas conceptualizaciones sobre la transferencia en el ámbito médico y psiquiátrico, nos preguntamos: ¿existen diferencias en el manejo de la transferencia entre el ámbito médico y el psiquiátrico? En caso de que existan diferencias, ¿de qué modo éstas podrían afectar en la forma en que la transferencia deje su trazo en la escritura del caso clínico? ¿Acaso la transferencia puede afectar o articularse en alguna referencia semiológica?, ¿la escritura de caso puede ser sensible al fenómeno transferencial?

1.5 Descripción de la estructura de la tesis

Con el fin de facilitar y orientar la lectura de la tesis, describiremos a continuación los contenidos de los capítulos sucesivos, y sus diferentes apartados:

En el Capítulo 2 presentaremos, inicialmente, un estudio del surgimiento de la clínica médica y psiquiátrica, buscando caracterizar cada una de ellas y localizar ciertas instancias que nos permitan empezar a realizar algunos discernimientos sobre el posible papel de la transferencia en el desarrollo de la clínica moderna. Posteriormente, nos enfocaremos en el estudio de la corriente psiquiátrica francesa y alemana, en sus semiologías, y en la influencia de tales corrientes en el desarrollo de la psiquiatría uruguaya, a fin de situar aquellos momentos de la clínica psiquiátrica en los que podría inferirse cierta presencia del fenómeno de la transferencia. En un tercer momento, realizaremos un abordaje epistemológico de la clínica psiquiátrica, su concepción del método clínico, de modo de poder ubicar con más precisión aquellas instancias en que podría ponerse en juego la transferencia y su inscripción en el discurso clínico.

En el capítulo 3 puntualizaremos los principales fundamentos teórico-metodológicos en los que se sustentará esta investigación. Este capítulo estará dividido en cinco apartados: en el primero describiremos las principales nociones, características

y principios de la escuela francesa de *análisis del discurso* desarrollada a partir de la obra de Michel Pêcheux. En el segundo, presentaremos un estudio de la noción de *sujeto* y de *interpelación*. En el tercero, analizaremos la *escena de la interpelación* y su relación con la transferencia. En el cuarto, examinaremos la escena de la confesión como una escena privilegiada de interpelación para el estudio de la transferencia. Y en el quinto, presentaremos la estrategia de estudio de los trazos lingüístico-discursivos, estableciendo la necesidad de realizar un mapeamiento discursivo a partir de los conceptos de *espacio*, *lugar* y *posición*, lo que nos permitirá entender, por un lado, la disposición espacial de una formación discursiva, los lugares que se establecen allí, los “*puntos de discontinuidad*” –puntos de variación en el estilo o en la posición enunciativa–; y, por el otro, la forma en que en el espacio discursivo se articularía con una teoría del conocimiento. Si bien dicha teoría permitiría la producción de un saber, parecería dar lugar a *cisuras* presentes en aquellos momentos en que son introducidas escenas en las que se describe la interacción psiquiatra-paciente, que marcarían una tensión entre el lazo transferencial allí establecido, y la forma en que el mismo se codifica en un determinado funcionamiento semiológico que tiende a su borramiento, y que fundaría el modelo paradigmático de la clínica.

En el capítulo 4 realizaremos el análisis del corpus de datos en tres etapas: en la primera, trataremos de localizar y distinguir diferentes trazos lingüístico-discursivos en los casos clínicos seleccionados; en la segunda, presentaremos, de manera general, las formas en que la transferencia puede ser inscrita en los casos; por último, analizaremos la incidencia del concepto de transferencia en el ámbito psiquiátrico nacional.

En el capítulo 5 estableceremos las conclusiones, divididas en cinco puntos principales: *la estructura de la clínica psiquiátrica* y su relación con la transferencia; *la sistematización de los trazos lingüístico discursivos de la transferencia* presentes en las referencias al tratamiento, diagnóstico y cura; *la delimitación de los diferentes tipos de trazos lingüístico-discursivos encontradas*; *el efecto de la transferencia en la escritura de caso clínico-psiquiátrico*; y *prospectiva: dialécticas de la transformación en los procesos clínico-psiquiátricos*.

Capítulo 2: Clínica y transferencia

Para el estudio de los trazos lingüístico-discursivos de la transferencia, en la escritura de caso clínico, previamente se hace necesario describir el desarrollo de la clínica a nivel histórico y epistemológico, de forma de poder señalar los momentos en los que se articularía con la transferencia. Con este fin, iniciamos el estudio histórico de la clínica a partir de los aportes de Foucault (1966a/2001; 1966b/1968), caracterizando el desarrollo del ámbito clínico-médico, así como el papel de la mirada, para entender tanto el papel de la semiología en el estudio de la enfermedad –siendo ésta potencialmente afectada por la interrelación médico-paciente– como el papel de la sensibilidad –posiblemente, por tratarse de la función cognoscitiva más afectada por la relación con el enfermo y, probablemente, por la transferencia. Una vez realizado este desarrollo, nos enfocaremos en presentar una caracterización histórica de la psiquiatría a nivel mundial, describiendo dos de sus principales escuelas (la psiquiatría francesa y la psiquiatría alemana), haciendo énfasis en sus respectivas semiologías, en tanto que serían las escuelas más influyentes en el desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay. Ulteriormente, nos centraremos en la historia de la psiquiatría a nivel nacional, hasta 1940, puesto que es el contexto en el que se enmarca nuestro corpus de datos. Asimismo, también haremos hincapié en la incidencia de las ideas freudianas sobre la psiquiatría nacional.

Una vez realizada la presentación histórica del desarrollo de la clínica y en psiquiatría,^{16,17} daremos lugar a una lectura epistemológica del ámbito clínico médico y

¹⁶ Dado que la psiquiatría se nos presenta como un conjunto heterogéneo de corrientes y variantes conceptuales sobre el estudio, nominación y comprensión de las enfermedades mentales, hemos decidido usar, ante el sustantivo “psiquiatría” (en la medida de lo posible), el pronombre “en”, que designa circunstancia de lugar, y no el artículo determinativo “la”, pues, el uso del artículo “la” universalizaría el sustantivo en su función nominativa, lo cual se opondría a la característica del funcionamiento discursivo de la psiquiatría, que se nos presenta como un constructo altamente heterogéneo y desestabilizado. A pesar de ello, en tanto que “la psiquiatría” es delimitada como *una* disciplina –que traza ciertas tendencias generales, mínimamente agrupables, en su racionalidad, en sus técnicas, en el manejo de la interrelación con el paciente, en la elección del objeto de estudio y en la forma de entender el funcionamiento semiológico–, es posible plantear que tal constructo existe como entidad diferenciada y delimitable, por lo que hemos decidido, en ciertas ocasiones, usar la expresión “la psiquiatría” para referir a “la psiquiatría” en tanto disciplina. A pesar de ello, consideramos que no es posible determinar la denotación de “psiquiatría”, no porque no se pueda definir “psiquiatría, sino porque no existe una única concepción sobre dicho término.

¹⁷ A partir del estudio histórico de la clínica, introduciremos, en notas al pie, comentarios y reflexiones sobre la clínica, así como señalamientos sobre aquellos aspectos de su desarrollo que hacen nos permitan pensar en la posible articulación del papel de la transferencia médico-paciente. Dichas reflexiones se integran aquí, y no en nuestro estudio sobre la clínica, ya que el objetivo inicial es presentar los aspectos principales de la clínica sin forzar una “lectura de la transferencia” en la misma. De hecho, tal forzamiento sería problemático dado que, tanto en los desarrollos de Foucault como en los de psiquiatría, no suele aludirse expresamente a la transferencia, por lo que no sería adecuado “hacerles decir sobre la

psiquiátrico, buscando comprender las concepciones de método clínico y sus distintas variaciones en relación a la palabra del paciente.

2.1 Características principales del desarrollo de la clínica clásica

Según Foucault, el surgimiento de la clínica refiere a un pasado mítico: “En el alba de la humanidad, antes de toda vana creencia, antes de todo sistema, la medicina, en su integridad, residía en una relación inmediata del sufrimiento con lo que lo alivia” (1966a/2001, p. 85). Se trata de una relación de sensibilidad con el cuerpo, organizada desde la observación de la vivencia corporal, cuya experiencia produciría un saber transmisible. Tal “mito de transmisibilidad” del saber médico sufre una modificación con el surgimiento de la escritura, en la medida en que ésta provocaría que dicho saber deje de formar parte de una experiencia comunitaria universal y se vuelva una práctica de un conjunto privilegiado de hombres capaces de leer, escribir, registrar, acumular y repartir ese saber. De este modo, se instaura una reorganización de la experiencia de la enfermedad entre aquellos que la padecen y aquellos que saben *mirar y leer los signos de la enfermedad* (ibid.).

Este basamento mítico permitió que, durante los años precedentes e inmediatamente posteriores a la Revolución Francesa, se creyera en la necesidad de profesionalizar y organizar la medicina nacional a la manera del clero, debido a que los médicos eran quienes estaban mandatados a “conducir a los enfermos” y a mirar e *interpretar*¹⁸ *hermenéuticamente*¹⁹ los signos del enfermar (ibid.).

Según Foucault:

Toda esta mitología, cuya aparición se sitúa a fines del siglo XVII, da un estatuto a la vez universal e histórico a una reciente colocación de las instituciones y de los métodos clínicos. Los hace valer como restitución de una verdad de siempre, en un desarrollo histórico continuo, en el cual los únicos acontecimientos han sido de orden negativo: olvido, ilusión, ocultación. De hecho, una manera semejante de escribir de nuevo la historia, evitaba una historia mucho más verdadera, pero mucho más compleja. La disfrazaba, al asimilar al método clínico cualquier estudio de un caso, de acuerdo con el antiguo uso de la palabra; y así, autorizaba todas las reducciones interiores que deberían hacer de la clínica y que hacen de ella aún en nuestros días un puro y simple examen del individuo (ibid., p. 88).

transferencia”. A pesar de ello, resulta posible pensar en la presencia de aspectos transferenciales en el desarrollo de la clínica, aunque los mismos surgen a partir de una interpretación psicoanalítica de los elementos aquí presentados y no directamente del decir de Foucault o de los psiquiatras.

¹⁸ La interpretación no surge de un discurso clínico puro, sin influencias. En efecto, según Dunker, el nacimiento de la clínica moderna corresponde a “una composición de prácticas, discursos y dispositivos bastante heterogéneos” (2011, p. 389) que surge como respuesta a diferentes demandas, cuya “raíz de legitimación social deriva del sistema jurídico, moral y religioso, de los saberes empíricos, institucionales y teóricos de la medicina y del campo de las prácticas de cura, tratamiento y terapia” (ídem).

¹⁹ “Para Foucault, la hermenéutica produce discursos paralelos a los ya existentes mediante un intento de desenmascarar una apariencia en pos de un conjunto de signos ordenados y claros, de un 'algo oculto' que debe surgir como sentido verdadero” (Catoggio, 2007, p. 134).

Esta "mitología de la clínica" ha derivado en la fundación de un basamento práctico del saber mediante el examen de la enfermedad, el cual requeriría establecer una relación entre el médico y el paciente, relación que permitiría a la clínica legitimar su propia práctica: realizar exámenes, establecer diagnósticos, brindar tratamientos, identificar cuadros, estudiar casos, dar recomendaciones a los enfermos y sistematizar información, es decir, establecer una relación donde el paciente es el territorio de observación, de estudio y de dominio de la enfermedad.

A lo largo de su historia, en la clínica se produce una ligazón entre la manera de comprender la enfermedad y el conjunto de creencias míticas que dan fundamento y sentido a la enfermedad, las cuales varían a lo largo de las épocas y lugares. A medida que cambian las condiciones históricas, económicas, sociales y culturales, aparecen diferentes enfermedades, y en cada época se recurre a nuevas ideas o prácticas posibles para interpretarlas: a la religión, al discurso jurídico, a la poesía, la novela, al hospital, a la comprensión de lo social, de lo vivo y de la muerte (Dunker, 2011). Distintos elementos que permiten pensar, asir y actuar ante las enfermedades mentales.

En la Edad Media, en la época de las guerras y de las hambres, los enfermos estaban entregados al miedo y al agotamiento (apoplejías, fiebres hécticas); pero con los siglos XVI y XVII, se ve debilitarse el sentimiento de la patria y de las obligaciones que se tienen a su respecto; el egoísmo se repliega sobre sí mismo, se practican la lujuria y la gula (las enfermedades venéreas, obstrucción de las vísceras y de la sangre); en el siglo XVII, la búsqueda del placer pasa por la imaginación; se va al teatro, se leen novelas, uno se exalta en vanas conversaciones; se vela de noche, se duerme de día; de ahí las histerias, las hipocondrías, las enfermedades nerviosas (ibid., p. 58).

Desde finales del siglo XVIII, en Francia, el *Comité de Mendicidad de la Asamblea Nacional*, considera que el único lugar posible para el remedio de la enfermedad es en el contexto familiar, ya que “el lugar natural de la enfermedad es el lugar natural de la vida, la familia” (ibid., p. 37), impulsando así a la medicina a nivel de la asistencia familiar. A partir de 1798,²⁰ el espacio de atención médica se amplía, pues,

²⁰ Si bien la extensión de la atención en salud puede datarse en 1798 aproximadamente, año donde Tissot funda el *Retiro*, una institución dedicada a la atención de enfermos mentales, no debemos considerar que la atención hospitalaria inicia en ese año, pues, ya en 1658, François de La Boe abre una escuela clínica en Leyden. Posteriormente, su discípulo Boerhaave y sus alumnos inician un movimiento de creación de cátedras y de institutos clínicos a través de toda Europa. En 1720, los alumnos de Boerhaave reforman la Universidad de Edimburgo y crean una clínica, la cual es imitada en Londres, Oxford, Cambridge y Dublín. En 1733, se pide a Van Swieten un plan para el establecimiento de una clínica en el Hospital de Viena. En Pavía se organiza una clínica y en Padua, algunas camas de hospital se destinan a este fin. Hacia 1770, Lacassaigne, Bourru, Guilbert y Colombier intentaron fallidamente organizar una casa de

ante la necesidad del Estado, se desarrolla una salud generalizada, para lo cual era fundamental mantener los hospitales, particularmente para los menos afortunados. A partir de allí, el médico empieza a desempeñar un papel decisivo en el campo social, dentro y fuera de la familia: debe ser un agente capaz de detectar las necesidades sanitarias y administrar la forma de cubrirlas, cuidar la vida de los hombres en la ciudad, negar su asistencia a los malhechores, y ser un vigilante de la moral y la salud pública (ibid.). En suma, el médico se vuelve administrador, juez y agente de la salud, mientras que el hospital se transforma en un medio indispensable para la protección de la salud contra la enfermedad. La salud se organiza en el hospital en un emplazamiento arquitectónico diferenciado,

(...) de acuerdo a dos principios: el de la “formación” que destinaria a cada hospital una categoría de enfermos, o a una familia de enfermedades; el de la “distribución” que define en el interior de un mismo hospital el orden a seguir para colocar en él las especies de enfermos que se haya acordado recibir (ibid., p. 69).

Esta formación y distribución hospitalar²¹ habría permitido la clasificación y cuidado de los enfermos sin afectar por ello la salud de los otros (ibid.).²²

Ante esta posibilidad clasificatoria, la clínica se desarrolla de manera *nominalista*, dado que lo importante a nivel discursivo es el estudio, observación, descripción y cuidado de la enfermedad, y no del enfermo. La enfermedad posee su propio cuerpo, que no sería otra cosa que el reflejo de su nombramiento nosológico (ibid.).²³ Tal

salud para enfermedades agudas. Y hacia finales del siglo XVIII, los hospitales militares se dedican a la enseñanza clínica (Foucault, 1966a/2001).

²¹ En estos hospitales, como plantea Pereira (2017a), los médicos tienen el papel de enfrentar y descubrir la enfermedad, so riesgo de enfermarse, de modo de sacar a la luz el padecimiento, descifrar los signos encriptados en el cuerpo y actuar ante el avance de la enfermedad y de sus secuelas. De este modo, la enfermedad parece cubrir la escena de la cura y gana predominancia sobre la individualidad o singularidad del propio enfermo: “el paciente es un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para meterlo entre paréntesis” (ibid., p. 23).

²² Según Dunker (2011), la medicina hospitalaria organiza una estructura ordenada de actores y acciones, la cual articula una relación con la medicina forense, el análisis de laboratorio, la botánica, el higienismo y la política. Se ve así como el surgimiento de la clínica muestra la forma en que el Estado transfiere a la medicina el dominio sobre los cuerpos (ibid.). Es la relación entre la clínica y el Estado la que favorece la asistencia sanitaria mediante la creación, en Versailles, de una sociedad encargada de estudiar los fenómenos epidémicos y epizooticos: mediante la investigación y el control de las epidemias, la elaboración de registros medicamentosos, la comparación de los hechos, la organización de controles y prescripciones, así como en la selección de especialistas (ibid.).

²³ Este nombramiento se sostiene por una experiencia clínica que atraviesa la relación con el enfermo, por lo cual, si bien lo central sería estudiar y tratar la enfermedad, el lugar de la relación con el paciente se tornaría medular tanto para la enseñanza de la clínica como para el tratamiento de la enfermedad. En este sentido, según Pereira (2017a), la relación transferencial especialista-alumno-paciente permitiría articular una experiencia de saber que excede a la propia descripción. En este sentido, es interesante notar que algunos clínicos de la época, como Tissot, aconsejaban confiar los enfermos a sus estudiantes, pues “son

nombramiento va acompañado de una observación que apuntaría a recorrer la enfermedad mediante la mirada, así como delimitar y describir sus elementos clínicos principales.²⁴ En este contexto, el individuo a investigar deja de ser considerado una persona y se vuelve un hecho patológico que, en tanto efecto de una nominación, se vuelve reproducible entre los enfermos (ibid.). Cada paciente podría transformarse en un caso singular capaz de articularse en una serie de casos posibles, lo que puede facilitar la generalidad y elevar el saber al grado de *certeza*. De este modo, la observación parecería dar lugar a una verdad²⁵ cuya emergencia tendría lugar en la medida en que la enfermedad sea pasible de ser localizada, descripta, nominada y generalizada:

La mirada, que recorre un cuerpo que sufre, no alcanza la verdad que busca sino pasando por el momento dogmático del nombre, en el cual se recoge una doble verdad: ésta, oculta, pero ya presente de la enfermedad, ésta, cerrada, pero claramente deducible de la conclusión y de los medios (Foucault, 1966a/2001, p. 93).²⁶

Mientras la mirada recorre la enfermedad, se exponen los síntomas y signos clínicos en forma descriptiva y transparente, de modo que tales signos se presenten en enunciados que permitan pronosticar qué va a ocurrir y lo que ha ocurrido.

De acuerdo con Foucault (ibid.), tanto el signo como el síntoma se presentan para la clínica médica como si fueran significantes cuyos significados se encuentran en el cuerpo en forma clara y sin opacidades. Se trata de significantes –presencia de fiebre, inflamación, cambio de coloración en la piel, variación del pulso, etc.– cuya articulación recíproca resulta esencial para la constitución y visualización de la patología misma.

Signos y síntomas son y dicen lo mismo: aproximadamente lo que el signo dice, es lo mismo que es precisamente el síntoma. En su realidad material, el signo se identifica con el mismo síntoma; éste es el soporte morfológico indispensable del signo. Por lo tanto “no hay signo sin síntoma”. Pero lo que hace que el signo sea signo, no pertenece al síntoma, sino a una actividad que viene de otra parte. Por consiguiente “todo síntoma es signo” en derecho, “pero todo signo no es más que

ellos, y sólo ellos quienes los examinarán (...) con honestidad, con dulzura, con esa bondad que es tan confortante para esos pobres infortunados” (Tissot, s.f, citado en Foucault, 1966a/2001, p. 92). Podríamos localizar en dicho pasaje un énfasis en la transferencia, aunque de forma implícita.

²⁴ De acuerdo con Dunker (2011), los elementos principales de la estructura de la clínica son la *semiología*, la *etiología*, el *diagnóstico* y el *tratamiento*, los cuales abordaremos posteriormente.

²⁵ Para la clínica, la verdad supondría una coincidencia del conocimiento con el objeto, por lo cual, según esta definición nominal, el conocimiento debería, para valer como verdadero, coincidir con el objeto.

²⁶ De este modo, según Pereira (2017a), la clínica va tomando cuerpo mediante la acción, el riesgo y la mirada. Su ciencia no se centra únicamente en la percepción y el ejercicio de la mirada de los signos clínicos y los síntomas de la enfermedad; existe un riesgo al entrar en contacto con el enfermo y, al mismo tiempo, existe una necesidad de actuar.

un síntoma”, en el sentido de que la totalidad de los síntomas no llegará jamás a agotar la realidad del signo (ibid., p. 135-136).

Para Foucault (ibid.), la clínica establecida en el siglo XVIII se basa en la necesidad de “la pureza de la mirada”, una pureza vinculada a un silencio, donde toda palabra de más molesta, por lo que el paciente debe callar o hablar cuando se le ordene. La mirada clínica necesita de ese mutismo para que la verdad emerja en el propio gesto de ver la verdad en las cosas: el cuerpo y los órganos son el escenario de un espectáculo de signos y síntomas, cuyo lenguaje es capaz de mostrar la verdad. No obstante, dicha operación escópica requiere de una segunda condición: la hospitalaria. El hospital facilita tanto la singularidad de cada caso como la serie que lo circunda; estructura un dominio donde es posible establecer comparaciones y seleccionar casos. El hospital opera como un museo de ciencias naturales y una escuela: permite la clínica como pedagogía y como ciencia, facilita la transmisión entre el médico y el aprendiz, la taxonomía de las enfermedades, la acumulación de información y la elaboración de historiales. En este espacio los enfermos sólo son expuestos, discursivamente, como parte del *jardín de las especies*, aunque dichas especies no son los sujetos en sí que enferman, sino sus enfermedades.

En este esquema, las condiciones histórico-discursivas de la propia clínica articulan dispositivos que involucran la relación médico-paciente. Pinel [1745-1826] organiza la *técnica de la encuesta ideal* que consiste en lo siguiente: en el primer momento se observa el estado actual de las manifestaciones la enfermedad y se interroga al enfermo sobre sus dolencias, de modo de comprobar el estado de las funciones fisiológicas. En una segunda instancia, se nomina primariamente la enfermedad en función de lo que se ha percibido –recordando las formas de invasión y sucesión de síntomas– y se interroga al enfermo sobre sus hábitos, profesión y vida. En un tercer tiempo, se realiza un seguimiento del progreso de la enfermedad: evolución de los síntomas, aparición de nuevos fenómenos, presencia y estado de las secreciones y efecto de los medicamentos empleados. Y, por último, se realiza la prescripción del régimen para la convalecencia (ibid.). De este modo, Pinel emplea una técnica donde cada signo y síntoma de la enfermedad toma un valor significativo en función de su relación con los otros signos, relación en la que también tiene su lugar el decir del paciente, cuya función parece ser la de llenar lagunas de información y confirmar o rebatir hipótesis.

Para la clínica del siglo XVIII, la palabra del paciente parecería tener una función instrumental: permite el delineamiento del cuadro, el conocimiento clínico y un mejor análisis de los signos. Según Foucault (ibid.), los signos somáticos y lingüísticos se articulan *como si tuvieran la misma naturaleza*, dando lugar al caso. Por ello, el caso tomaría cuerpo a partir de la predominancia del cuadro y de los signos mediante un estilo descriptivo que procura garantizar una doble función: en primer lugar, brindar exactitud y correlación a cada segmento de lo visible con cada proposición de lo enunciable; y segundo, facilitar la articulación de cada proposición enunciada con una serie de categorías clínicas, un vocabulario de enfermedades de existencia *a priori*, que permite establecer comparaciones y generalizaciones a partir del estudio de signos y síntomas, y dar lugar a unidades mediante la nominación de la enfermedad.²⁷

Con todo, la relación médico-paciente permite sostener, aunque precariamente, una *hermenéutica*, es decir: “un conjunto de conocimientos y técnicas que permiten que los signos hablen y nos descubran sus sentidos” (Foucault, 1966b/1968, p. 38). De este modo, es posible estructurar una *semiología*, entendida como el “conjunto de conocimientos y técnicas que permiten saber dónde están los signos, definir lo que los hace ser signos, conocer sus ligas y las leyes de su encadenamiento” (ídem). *En la clínica médica, hermenéutica y semiología se asemejan*: mientras la hermenéutica permite desenmascarar una “apariencia oscura” para obtener un conjunto de signos ordenados, diferenciados y claros (Catoggio, 2007); la semiología permite delimitar, diferenciar y ordenar signos de un material clínico, pues, va al encuentro de las leyes que los propios signos clínicos pueden establecer mediante el descubrimiento de las cosas semejantes. Existe así una gramática de los signos clínicos, donde el lenguaje no dice nada más que la sintaxis que liga dichas cosas semejantes. De modo que tal lenguaje ofrece una claridad de los signos al conocimiento (Foucault, 1966a/2001).

Durante el siglo XVIII, lo que importa a la mirada clínica médica es la capacidad de operar sobre los signos de la enfermedad. Para ello, como indicamos previamente, realiza una *reducción nominalista* que liga y “aglutina” la descripción de los signos clínicos, síntomas y síndromes de la enfermedad bajo la denominación del cuadro

²⁷ Describir supone el predominio de una mirada que establece un equilibrio precario entre la palabra y la cosa (Dunker, 2011), lo que significa que todo lo enunciable es visible y lo visible, enunciable, como si el propio acto descriptivo pudiese asegurar la cientificidad de lo escrito. Por ello, podemos decir que la clínica médica presentaría una relación particular entre los signos clínicos, como si estos fueran significantes estables; como si los signos trazaran una relación directa entre la mirada clínica y el cuerpo del paciente.

clínico. De esta forma, la “composición del ser de la enfermedad, es de tipo lingüístico. Con relación al ser individual y concreto, la enfermedad no es más que un nombre” (ibid., p. 171). Ante la nominación de la enfermedad, el ojo es posicionado en el lugar de una mirada que estudia, capta y describe los fenómenos que se presentan ante él. La retina sólo se detendría ante las formas y cambios de color. Por ello, la clínica se establecería frente a una sensibilidad concreta, una mirada que va de un cuerpo a otro, de un lecho a otro (ibid.), que daría lugar al establecimiento del diagnóstico, a través de una serie de categorías semiológicas.

El arte del lenguaje era una manera de “hacer un signo” –significar, a la vez, alguna cosa y disponer signos en torno a ella: así, pues, un arte de nombrar y después, por una duplicación demostrativa y decorativa a la vez, de captar este nombre, de encerrarlo y de guardarlo, de designarlo a su vez con otros nombres que eran su presencia diferida, el signo segundo, la figura, el aparato retórico (Foucault, 1966 b/1968, p. 51).

Desde Sydenham [1624-1689] a Pinel, la enfermedad es pensada discursivamente en función de la naturaleza y orden de los signos y, a partir de allí, se nomina; no obstante, con Bichat [1771-1802], en 1800, el fenómeno patológico comienza a ser percibido sobre el fondo de la vida, encontrándose relacionado a las formas concretas que ésta puede asumir (Foucault, 1966a/2001). En este contexto, inicia un viraje en la clínica, dado que la enfermedad –hasta entonces asociada, en el discurso, con la verdad de los signos y síntomas– comienza a articularse con otra acepción de la verdad: *la verdad de la muerte*. Desde entonces, la noción de enfermedad sufriría un cambio considerable, pues, si bien continúa desempeñando su papel nominal, es asociada aquí a un estado somático mixto entre la vida y la muerte, en tanto que enfermar es morir en vida (ibid.). De este modo, según Foucault (ibid.), Bichat permite realizar una operación inexistente hasta ese momento, porque desde que el hombre puede morir, puede morir estando enfermo. Es decir, existe cierta relación entre la vida, la enfermedad, el cuerpo y la muerte. Con ello, la muerte parece adquirir un trasfondo en los tejidos, *pasando a ser la fuente de la enfermedad misma*, en tanto que produce un desgaste de la vida y de los órganos, su desvío y su propia extinción. La muerte parece ser la enfermedad, y la enfermedad la forma activa de la muerte hecha posible en la vida (ibid.).

De esta forma, asevera Foucault (ibid.), a partir de Bichat, cada desvío, desgaste y uso innecesario de energía, será asociado discursivamente al peligro de la muerte, mediante el daño, la alteración y la degeneración de los tejidos. Por esa razón no resulta extraño que Bichat reintroduzca con fuerza la antigua noción de *degeneración*, pero

ahora no asociada a la existencia de determinados “individuos”, sino a la degeneración orgánica de los tejidos, capaz de ser producida por la enfermedad. Con ello, se amplía la visión somática y anatomo-fisiológica de la enfermedad, y se insiste en que tras toda enfermedad hay una posible alteración anatómica y funcional. Esta insistencia somática y fisiológica afectó directamente tanto a la medicina como al interrogatorio durante el siglo XIX y principios del siglo XX. La pregunta inicial: “¿Qué tiene usted?” sería sustituida por “¿Adónde le duele a usted?”. Toda la relación del significante con el significado se redistribuiría, invocando sin cesar un *empirismo* y un sustrato orgánico y *realista*, de modo que el espacio de configuración de la enfermedad y el espacio de localización del malestar en el cuerpo pasarían a ocupar un mismo espacio (ibid.).

El entusiasmo que Bichat y sus discípulos experimentaron enseguida por el descubrimiento de la anatomía patológica toma de ahí su sentido; (...) encontraban el análisis en el cuerpo mismo; sacaban a la luz, en la profundidad, cosas del orden de las superficies; definían para la enfermedad un sistema de *clases analíticas* cuyo elemento de descomposición patológica era principio de generalización de las especies mórbidas. Se pasaba de una percepción analítica a la percepción de los análisis reales. (ibid., p. 187-188).

Este nuevo enfoque perceptivo hace que la enfermedad vaya adquiriendo, durante el siglo XIX, mayor espesor en el cuerpo, pues recibe una organización jerarquizada taxonómicamente en familias, géneros y especies que permitiría facilitar el dominio de la enfermedad.

Según Foucault (ibid.), si bien es posible establecer la verdad sobre la enfermedad a partir de su nominación, durante el siglo XIX, la enfermedad tendería a difuminarse en toda la extensión de los signos clínicos del cuerpo. La enfermedad no sólo pasaría a ubicarse discursivamente en la descripción de signos clínicos y síntomas del cuerpo, sino que se asociaría a la delimitación de la herencia, la inflamación o la intoxicación: *la enfermedad se despliega en lo material ante todo el proceso vital del enfermo*. El cuadro ya no es atemporal, sino el resultado de la observación de las alteraciones en el cuerpo y de lo que éste produce. Si durante el siglo XVIII el enfermo era el sustrato de la enfermedad, a partir del siglo XIX pasa a ser prescindible para la comprensión de la misma. Lo importante ya no será que el paciente permita conocer, mediante la descripción, los signos clínicos y los síntomas accesibles a la mirada. El propio cuerpo será el soporte para los signos clínicos, permitiendo el estudio de sus tejidos, pulso, ritmo cardiaco, estilo de vida, conductas basales (alimentación, higiene y sueño), modalidad de pensamiento, de lenguaje, de la conducta emotiva, etc. Ahora, el cuerpo es

un terreno material rico en signos, capaz de circunscribir a la enfermedad dentro de un sistema clasificatorio, donde los cuadros son asociados a determinados signos clínicos, en un trasfondo de síntomas ligados a un mal funcionamiento de los tejidos. Esto cambia la concepción de la enfermedad y del enfermo. En suma, dicha comprensión de la enfermedad no hace más que profundizar la idea de que la medicina puede prescindir del enfermo a la hora de estudiar la enfermedad, ya que la propia enfermedad puede ser descrita a partir del estudio de los tejidos, los fluidos, los estados del órgano, el pulso o la temperatura (ibid.).²⁸

Frente al papel de la descripción, la referencia a la mirada médica distribuye un relato de su experiencia de conocimiento sobre la enfermedad en los cuerpos, extrayendo y colocando el saber ante la presencia sensible de las cosas, pretendiendo acceder a la verdad de las cosas mediante la “paradójica propiedad de *entender un lenguaje* en el momento en que *percibe un espectáculo*”²⁹ (ibid., p 156). Dicha paradoja sería operativa en el momento del examen clínico de la enfermedad, con la condición de que la observación introduzca un doble silencio: “el relativo, de las teorías, de las imaginaciones y de todo lo que forma un obstáculo inmediato sensible³⁰; y el absoluto, de todo lenguaje que sería anterior al de lo visible” (idem).

La observación es la lógica al nivel de los contenidos perceptivos; y el arte de observar “sería una lógica para los sentidos que enseñaría más particularmente sus operaciones y sus usos. En una palabra, este sería el arte de estar en relación con las circunstancias que interesan, de recibir las impresiones de los objetos como se ofrecen a nosotros, y de sacar de ellas las inducciones que son sus justas consecuencias (...)” (ibid., p. 157).

Estas operaciones de inducción se encuentran con el problema de saber si es posible hacer entrar ante las representaciones sensibles, espacialmente legibles de la enfermedad, lo que de la enfermedad señala una sintomatología invisible, y lo que señala un análisis verbal (Foucault, 1966a/2001). En relación a este problema, el cuadro parecería ser introducido con una estructura capaz de integrar lo visible y legible, lo

²⁸ La tendencia anatomista afectaría a la propia relación transferencial con el paciente, pues, éste debería callar, quedarse quieto, entregarse al estudio del funcionamiento de los órganos. Se introduciría así la “escena anatómica”, la escena del estudio del cuerpo, donde la transferencia con el paciente parecería estar dada más por aquello que le pasa a sus órganos que por lo que le ocurre a su espíritu; aunque se espera que ese espíritu se entregue sumisamente al examen y al tratamiento.

²⁹ Las itálicas pertenecen al autor.

³⁰ Entre ellos podría estar la palabra del paciente, precisamente cuando entorpece el examen de la enfermedad.

espacial y lo verbal,³¹ lo que es percibible superficialmente por el ojo del médico, y lo que es oído. “El aspecto arbitrario o tautológico de estos cuadros arrastra al pensamiento clínico hacia otra forma de correlación entre lo visible y lo enunciable; es la correlación continua de una descripción” (ibid., p. 163). Su función es doble y consiste en “establece[r] una correlación entre cada sector de lo visible y un elemento enunciable que le corresponde como más justo” (Foucault, 1966b/1968, p. 164) y establecer, mediante la articulación entre un elemento enunciable y un vocabulario constante y fijo, la comparación y generalización de ese elemento a un conjunto determinado. “Es la descripción, o más bien la labor implícita del lenguaje, en la descripción que autoriza la transformación del síntoma en signo, el paso del enfermo a la enfermedad, el acceso de lo individual a lo conceptual” (ídem). Dicha transformación es posible porque “las cosas se ofrecen al que ha penetrado en el mundo cerrado de las palabras; y si estas palabras comunican con las cosas, es que obedecen a una regla intrínseca a su gramática” (ibid., p. 166). Según el autor, esta última permite

(...) adquirir un dominio operatorio sobre las cosas por un justo uso sintáctico y una difícil familiaridad semántica del lenguaje. La descripción, en la medicina clínica, no tiene por sentido poner lo oculto, o lo invisible, al alcance de los que no tienen acceso a ello; sino hacer hablar lo que todo el mundo ve sin verlo, a los únicos que estén iniciados en la verdadera palabra (ídem).

La clínica daría lugar a un lenguaje (una semiología) cuya sintaxis permitiría ir de lo percibido al discurso, mediante una teorización encargada de encadenar la *clasificación nosológica* a las relaciones que establecen los “hechos de los cuales se compone esta ciencia” (ibid., p. 169). Según Foucault, la clínica médica se sostendría en dos *mitos epistemológicos*:

-*El mito epistemológico de la estructura alfabética de la enfermedad*: consiste en considerar al alfabeto como el esquema ideal de análisis y forma de la descomposición de la enfermedad; es capaz de constituir el camino de aprendizaje de la propia lengua de la clínica, la cual, al construirse a imagen y semejanza de un alfabeto, se presentaría sin aparente modificación esencial a la mirada clínica (Foucault, 1966a/2001).

Las observaciones particulares, aisladas, son para la ciencia lo que las letras y las palabras son para el discurso; éste no se funda sino por la afluencia y la reunión de las letras y de las palabras cuyo mecanismo y cuyo valor es menester haber estudiado y meditado antes de hacer de él un empleo bueno y útil; es lo mismo con las observaciones (Double, 1811, citado en Foucault, 1966a/2001, p. 170).

31 Sólo cuando el médico pide al paciente que hable, pues, de lo contrario, su decir se vuelve un obstáculo.

-El mito epistemológico de la mirada clínica, que opera sobre el ser de la enfermedad mediante una reducción nominalista: dado que las enfermedades están compuestas de “letras”, éstas no podrían tener otra realidad que la de su orden y su composición, y sus variedades quedarían reducidas a casos individuales simples o a las construcciones derivadas de ellos, los cuales remiten a *nombres*. Se emplea la palabra “nombre” en doble sentido:

(...) en el sentido que acostumbran los nominalistas cuando critican la realidad sustancial de los seres abstractos y generales; y en otro sentido, más próximo a una filosofía del lenguaje, ya que la forma de composición del ser de la enfermedad es de tipo lingüístico. Con relación al ser individual y concreto, la enfermedad no es más que un nombre; con relación a los elementos aislados, de los cuales está constituida, tiene toda la arquitectura rigurosa de una designación verbal. (Foucault, 1966a/2001, p. 171).

La constitución del método clínico está relacionada a la implicación de la mirada de los signos y síntomas por parte del médico. El reconocimiento de su fundación “acarrea la desaparición de su distinción absoluta y el postulado de que, en lo sucesivo, el significante (signos y síntomas) será enteramente transparente para el significado que aparece, sin ocultación ni residuo” (ibid., p. 132). “Una enfermedad es un todo ya que se le pueden asignar los elementos; tiene un fin ya que se puede calcular sus resultados; por consiguiente, es un todo colocado en los límites de la invasión y la terminación” (Audibert-Caille, 1814, citado en Foucault, 1966a/2001, p. 133).

De acuerdo con Foucault (1966a/2001), *la enfermedad debe entenderse como la colección de sus síntomas*. Esta definición daría lugar a una ambigüedad singular, “ya que, en su función significante, el síntoma remite a la vez al vínculo de los fenómenos entre sí, a lo que constituye su totalidad y la forma de su coexistencia, y a la diferencia absoluta que separa salud de enfermedad” (ibid., p. 134). A la exhaustividad de los síntomas que componen la enfermedad le “corresponde la transparencia sin obstáculo del ser patológico para la sintaxis de un lenguaje descriptivo” (ibid., p. 138), el cual es comprendido como un reflejo no plenamente especular del acto perceptivo, ya que la enfermedad y su descripción no pueden corresponder “sin un momento intermediario que era, con sus dos dominaciones, el ‘cuadro’” (ídem.); “en la clínica, *ser visto* y *ser hablado* comunican sin tropiezo en la verdad manifiesta de la enfermedad” (ídem). Para la medicina, si bien existiría cierto enfoque empirista de las cosas en base a la percepción, su estructura parece cimentarse en un modelo de lenguaje, donde lo percibido y lo percible pueden ser íntegramente restituidos mediante referencias a una

percepción discursiva y una reflexión discursiva sobre la percepción, que “vienen a unirse en una figura de exacta superposición, ya que *el mundo es para ellas la analogía del lenguaje*” (ibid., p. 140).

A este modelo de lenguaje, en el siglo XIX –con el auge de la *anatomía patológica*– se introducen relaciones entre las observaciones clínicas y el estudio de las funciones fisiológicas.

Es menester, por lo tanto, que la mirada médica recorra un camino que no le había sido abierto hasta entonces: vía vertical que va de la superficie sintomática a la superficie del tejido, vía en profundidad que se hunde de lo manifiesto hacia lo oculto (ibid., p. 194).

De este modo, el análisis clínico empieza a sacar a la luz la localización de la enfermedad, el “cuadrículado orgánico” (ibid., p. 198) y la historia patológica: tres elementos fundamentales para el desarrollo de la clínica en el siglo XX.

2.2 La clínica psiquiátrica

2.2.1 La psiquiatría francesa

La psiquiatría como especialidad médica nace en Francia, enfocándose en el estudio de las enfermedades mentales y en su implicación social. Sus inicios datan de 1656, cuando Luis XIV ordenara, como mandato policial, el encierro de hombres y mujeres afectados por *trastornos persistentes del comportamiento social* en los hospitales de *La Salpêtrière* y *Bicêtre*, tratando de forma indistinta a alienados, criminales y sediciosos. A partir del siglo XVIII, gracias a la obra de Pinel, se separa la población de “alienados” del resto de los internos en ambos hospitales; se elimina el encadenamiento de pacientes; se limita el uso de la fuerza por parte de funcionarios; se define el concepto de alienación mental y se desarrolla una nosología de carácter sindromático (Bercherie, 1980; Cáceres, 1947; Pichot, 1996).

Según Bercherie (1980), Pinel consideraba que la alienación mental es “una enfermedad en el sentido de las enfermedades orgánicas, una perturbación de las funciones intelectuales, es decir, de las funciones superiores del sistema nervioso” (p. 17). Por esa razón, Pinel localiza la alienación “en la clase de las neurosis, es decir, de las afecciones del sistema nervioso ‘sin inflamación ni lesión de estructura’” (ibid., p. 17). Pinel define tal enfermedad como parte de las neurosis cerebrales, entre las que se encuentran las *afecciones comatosas* que anulan todas las funciones vitales y las *vesanias*, que comprenden la *locura*, el *sonambulismo*, la *hipocondría* y la *hidrofobia*

(ibid.). Con esta definición, Pinel concibe a la alienación mental bajo un recubrimiento de elementos somáticos visibles, reflejando la influencia de su maestro Sydenham, quien planeaba un retorno a Hipócrates [460 a.C.-370 a.C.] al considerar que el hombre podía confiar en su capacidad de observación y análisis para estudiar los fenómenos que, aunque no se presentaran como la esencia de la realidad, podrían permitir fundar un saber aproximado y válido de ella –aun si nunca se la llegara a conocer plenamente (Pichot, 1996).

Según Pichot (ibid.), Pinel desconfiaba de los sistemas explicativos, ya que éstos jamás lograrían comprender la realidad de forma cabal, con lo cual, bastaría conocer suficientemente lo que se presenta para obtener un conocimiento directo sobre ello. De esta forma, el planteo de Pinel muestra la necesidad de reflejar la búsqueda de los fenómenos en lo físicamente observable y construir series de clasificación. Con este método, surge como un heredero del pensamiento de Bacon, ya que no sólo plantea que el conocimiento parte de un proceso de inducción, sino que, además, es posible clasificar los fenómenos en clases, géneros y especies, permitiendo así, mediante descripciones detalladas, nominar la existencia científica de tales fenómenos e indicar con tal nominación la verdad de las enfermedades (ibid.). Por otra parte, Pinel consideraba que la observación carecía de teoría y que, de hecho, ella sería puramente intuitiva, por lo que no sería necesario recurrir a ninguna ciencia, sino a un mero conocimiento de cómo observar. Y en todo caso, se trataría de transferir lo observado a una estructura de enunciación capaz de estructurar un lenguaje: “la clínica debe devenir una lectura, un texto escrito en la ‘lengua bien hecha’ de Condillac. Al mismo tiempo, la clínica debe crearse un lenguaje, palabras nuevas de sentido preciso” (Bercherie, 1980, p. 16) que, a diferencia de las palabras del lenguaje natural, deberían evocar “inmediatamente los fenómenos que engloban” (idem).

Falret [1794-1870], si bien introduce por primera vez el concepto de enfermedad mental –en sustitución al de alienación–, no deja de ser un heredero del pensamiento de Pinel, es decir, también propone que el curso y desarrollo de tales enfermedades debe tener un origen orgánico, aunque su causa sea desconocida (idiopática). Este autor propone descubrir las fases evolutivas de tales afecciones y separar en entidades autónomas los delirios de persecución, lo cual influyó fuertemente en la metodología de investigación psiquiátrica, en particular en las obras de Morel [1809-1873], Magnan

[1835-1916] y Charcot [1825-1893], en Francia, y Kraepelin [1856-1926], en Alemania (Bercherie, 1980; Pichot, 1996; Ey, 1998).

Morel fue el primer psiquiatra en considerar el papel de los factores hereditarios sobre las enfermedades mentales (Pichot, 1996), con un especial énfasis en la predisposición biológica, que podía variar en su morbilidad según factores exógenos: físicos, sociales o psicológicos, siendo estos últimos los causantes de la degeneración. En este sentido, Morel consideraba que, si bien las razas eran capaces de reproducirse indefinidamente, la influencia de los factores exógenos antes mencionados podría conducir a variaciones mórbidas que, a largo plazo, podrían llevar a la esterilidad de las mismas. Por ese motivo, Morel creía que la progresión de las variaciones hereditarias de una misma estirpe agravaba su intensidad en cada generación hasta producirse la decadencia (ibid.).

Magnan compartía con Falret el interés por el estudio evolutivo de las enfermedades mentales, en particular sobre el delirio (Ey, 1998). Consideraba, al igual que Morel, que el hombre nacía imperfecto y que, por ello, procuraba, mediante su evolución, la adaptación, de modo que la enfermedad mental se volvía el reflejo de una regresión degenerativa. En consecuencia, los trastornos mentales o bien eran el reflejo de un mero accidente de la vida o bien reflejaban una predisposición hereditaria. A partir allí, Magnan realizó una clasificación de los trastornos mentales hereditarios en dos categorías: *predispuestos simples*, en los que sobreviene un estado patológico, tal como la locura intermitente, manía, melancolía o delirio crónico de evolución sistemática; y en *predispuestos al máximo o degenerados desequilibrados*, los cuales acompañan sus episodios agudos de deformaciones físicas y deficiencias psíquicas. Además, realizó una descripción del delirio crónico que consistía en cuatro períodos: el primero, de incubación, inquietud, excitabilidad y desconfianza; el segundo período, de persecución: alucinación elemental (murmullos y susurros), alucinación verbal (diálogos, ilusiones auditivas, eco del pensamiento), alucinaciones genitales, olfativas y neologismos; el tercer período, de grandeza: donde el delirio funciona mediante deducciones lógicas; y el cuarto período, de instalación de la demencia (Pichot, 1996; Bercherie, 1980; Cáceres, 1947).

Charcot, quien se especializó en psiquiatría con Falret, tenía también un fuerte interés por la psicología y la psiquiatría alemana. Al igual que otros psiquiatras de la época, consideraba que las enfermedades mentales no eran producto de las pasiones,

sino el efecto orgánico de determinados estados mórbidos. Además, mantuvo un gran interés por las neurosis y, en particular, por la histeria, lo que lo llevó a presentar cientos de casos en ateneos médicos, los cuales acercaron a un joven médico vienés: Freud (Bercherie, 1980). Charcot consideraba que la histeria podía ser objeto de una descripción semiológica tan rigurosa como la de las demás enfermedades. Para ello, propuso establecer un cuadro compuesto de tres fases sucesivas: *letargo*, *catalepsia* y *sonambulismo*, y dentro de la crisis histérica estableció cuatro etapas: *epileptoide*, *de grandes movimientos*, *de actitudes pasionales*, y *delirante terminal*. Además, propuso al hipnotismo como la técnica diagnóstica ideal para determinar dicho cuadro, ya que, según Charcot, tanto el hipnotismo como la histeria serían producto de interpretaciones neurofisiológicas, de modo que mediante la hipnosis era posible reproducir las parálisis dinámicas de la histeria (Pichot, 1996).

Junto a los desarrollos aquí presentados, resulta necesario mencionar también a Janet [1859-1947], quien, junto a Charcot, Morel y Falret,³² es uno de los autores más referidos en la psiquiatría francesa. Inspirado por la obra de Charcot e interesado por el estudio de la psicología y de los cuadros de histeria, Janet desarrolló en 1889 su tesis sobre el *automatismo psicológico*, que introduce una concepción dinámica de *fuerza* y *debilidad* psicológica, la noción de *estrechamiento del campo de la conciencia*, el papel de *ideas fijas subconscientes* en el desarrollo de la histeria por efecto de acontecimientos traumatizantes y la idea de que es posible curar los síntomas histéricos mediante el descubrimiento y ulterior disolución de los sistemas psicológicos subconscientes (ibid.).

2.2.1.1 La semiología francesa

Si bien existen distintas clasificaciones semiológicas desarrolladas en la psiquiatría francesa a lo largo de su historia, es posible indicar, de manera general, que sus desarrollos comienzan con Pinel, quien plantea que aquello que debería determinar que un elemento clínico sea un signo legítimo del diagnóstico es que “ya en el pasado otros los hayan reconocido como tal, la semiología es antes que nada un saber acumulativo y heredado” (Londoño, 2014, p. 344).

A partir de esta concepción del signo clínico, Pinel comprende que todo lo que concierne al lenguaje de las “pasiones” –*pathos*: sufrimiento, enfermedad, aquello que

³² Si bien podríamos continuar refiriendo a otros exponentes de la psiquiatría francesa, decidimos centrar la exposición en estos referentes por el peso de su influencia a nivel de la psiquiatría uruguaya.

perturba o altera el ánimo— debe ser puesto en relieve en el estudio de la enfermedad, ya que el *pathos* es un elemento de importancia central (ibid.).

En la obra de Esquirol y de Pinel el concepto de pasión está muy presente en el origen de la locura y de sus causas. Las pasiones van tanto a influenciar al arte de la retórica como éste último al alienismo. La semiología médica se manifestará como los signos exteriores de las pasiones internas del alma. De ahí que muchos tratados de semiología médica del siglo XVIII y XIX trataran los efectos exteriores de las pasiones del alma. La principal de estas manifestaciones, para un alienista como Guislain, son las expresiones del rostro las cuales delatarían las emociones y las pasiones que dominan al alienado. Pero para muchos otros alienistas es a través del lenguaje, la voz, el discurso y la escritura que se podrán de verdad desvelar estas pasiones mortíferas del alma (ibid., p. 345).

En el *Dictionnaire de sciences médicales par une société des médecins et de chirurgiens* (1821) Pinel y Esquirol retoman la noción de “signo” y sus “efectos”, explicando el paso realizado desde “la estética de la retórica y sus elementos principales (*dispositio, elocutio, pronuntiatio*) a la semiología médica” (ídem). Allí, los efectos del alma sobre la palabra son entendidos como “un ‘efecto’ de la palabra sobre el ‘alma’ de aquel que la recibe” (ídem). De modo que las pasiones no sólo son sufridas y suscitadas, sino que mediante el discurso es posible generar efectos pasionales.

El “hombre que manifiesta su pensamiento y el estado de su alma” no está reducido a una simple pasividad; si él está “agitado por la pasión” éste agita también las pasiones del prójimo. Aún más: el efecto “poderoso” que él produce se retorna, directa o indirectamente, contra él (ídem).

Por esa razón, el estudio de las pasiones y de los desvíos introducidos por ellas se torna uno de los elementos centrales del desarrollo de la psiquiatría francesa.

2.2.2 La psiquiatría alemana

A finales del siglo XIX reinaba en el ambiente médico alemán el psicologismo, de la mano de von Feuchtersleben [1765-1834], quien afirmaba que “el ser vivo físico es un cuerpo espiritualizado, y el alma es espíritu corporalizado: ambos constituyen un fenómeno, siempre uno e indivisible” (Pichot, 1996, p. 28-29). Esta tendencia era producto de la influencia animista de Paracelso [1493-1541] sobre el pensamiento alemán, en particular sobre Stahl [1659-1734], el cual proponía que todos los procesos vitales dependían de un único principio: el *alma racional* que, en su actividad, sería capaz de abarcar los procesos orgánicos, por lo que la enfermedad debería responder a una influencia exterior sobre el cuerpo (ibid.).

Dicha tendencia se contrapone al *somatismo* de Nasse, Jacobi y Friedrich, quienes consideraban que las causas morales sólo eran eficientes en la medida en que es modificada la constitución física del organismo. Esta tendencia inició el declive del *psicologismo*, y permitió el desarrollo de la obra de Griesinger [1817-1868], quien reivindicaba que la psiquiatría debía formar parte de las ciencias naturales y que las enfermedades mentales eran, en última instancia, dolencias del cerebro (Pereira, 2007). Sin embargo, al mismo tiempo consideraba que “la correlación entre orgánico y clínico era más que nada un artículo de fe” (Pichot, 1996, p. 36). A partir de la obra de este autor, desde 1880, la psiquiatría alemana ganaría dominancia en Europa sobre la psiquiatría francesa, gracias al desarrollo de varias cátedras de psiquiatría y al abandono del psicologismo. Esto permitió dar relevancia al método clínico de observación y poner el acento en la sintomatología anatómo-patológica de los casos, así como en la fisiología, lo que dotaría a la psiquiatría alemana de un basamento empírico – característica central del enfoque general de las ciencias de la naturaleza (ibid.)– siendo uno de sus referentes principales Kraepelin.

En 1883 Kraepelin escribe el *Compendium*.³³ Allí, plantea una sistematización de la clasificación de los fenómenos patológicos y la creación de una nosología coherente como base del tratamiento, incluyendo en ella la causalidad y el mecanismo de la enfermedad. En dicho texto (en su quinta edición) dedica un estudio a la *Dementia Praecox*: dolencia única que evoluciona a una “destrucción particular de las conexiones internas de la personalidad psíquica” (Kraepelin, 1909-1913/1996, p. 3), cuya naturaleza se manifiesta en tres variedades: *hebefrenia*, *catatonía* y una forma *paranoide*. En la octava edición, introduce la locura del periodo involutivo, que incluye a la *demencia senil* y la *melancolía*. Y en la décima, a la *paranoia*, definiéndola como un

(...) desarrollo insidioso bajo la dependencia de causas externas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero e imposible de sacudir, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en pensamiento, el querer y la acción (Kraepelin, 1894, s. n.).

Además, luego de nuevas modificaciones, en 1927, introduce dentro de la *Dementia Praecox* a la *parafrenia* y el *delirio crónico de Magnan*, eliminando la melancolía e introduciendo la *locura maniaco-depresiva* (Pichot, 1996).

³³ Dicha obra será conocida posteriormente como: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (*Psiquiatría. Manual de estudiantes y Médicos*), siendo ésta una de las obras más influyentes en la historia de la psiquiatría.

A partir de 1920, en *Die Erscheinungsformen des Irreseins*, Kraepelin considera que las manifestaciones clínicas de las enfermedades mentales no son jamás expresión directa de los procesos mórbidos subyacentes, sino que ellas dependen de una compleja interacción con el sujeto y su historia, en la cual se instala dicha enfermedad (Pereira, 2009). Esta concepción, de clara influencia freudiana, le permite a Kraepelin: 1º jerarquizar el hecho de que incluso las situaciones patológicas que presentan daños externos totalmente evidentes tienen manifestaciones individuales muy diversas en diferentes pacientes, lo que demuestra que dichos daños inciden sobre un órgano que tiene detrás de sí características personales infinitamente ricas, de orden histórico y hereditario, cuyo estudio es crucial en la comprensión de dichas enfermedades; y 2 do) comprender que en numerosas situaciones, la enfermedad mental permitiría la manifestación de rasgos de memoria sujetos a la represión y la transformación, siendo ellos observables como el esfuerzo del paciente de intentar lidiar con elementos hasta allí ocultos, sus propios deseos (ibid.). En 3º lugar, le permite describir dentro de las psicosis dos tipos de fenómenos: los trastornos elementales y el delirio. En este sentido plantea el carácter episódico de las alucinaciones y considera al delirio como un compromiso entre dos direcciones opuestas que se combinan entre sí. Esto lo habilitaría a poder clasificar los delirios como *delirios de grandeza, de persecución, de celos, de hipocondría y de los inventores* (Lacan, 1932//2008). Con esta extensa labor, su obra se trasformó en una fuerte referencia en psiquiatría debido a su *concepto evolutivo de enfermedad en base a la etiología del desarrollo de la dolencia*, pero también gracias a la introducción del cuadro de *Dementia Praecox* (Pichot, 1996), que influyó de forma considerable en el desarrollo de la psiquiatría a nivel europeo y, en particular, en el desarrollo de la perspectiva psicodinámica.

Paralelamente a estos desarrollos, en el último cuarto del siglo XIX, Freud dio inicio a sus investigaciones: desde 1873 estudió medicina y trabajó durante seis años en el laboratorio neurológico e histológico de Ernst Bröcke [1819-1892], lugar en el que conoció a Breuer. En 1885 comenzó sus estudios en París, asistiendo a los cursos de Charcot hasta 1886. Dichos cursos influyeron poderosamente sobre él, tanto que luego de un mes de estadía, decidió abandonar sus estudios en neurología para dedicarse totalmente a la clínica, aunque no sin realizar aportes sobre las afasias y la parálisis infantil. Durante esos años, bajo consejo de Breuer, aplicó las ideas de Charcot a una serie de trabajos sobre la histeria, arribando a un nuevo método terapéutico basado,

inicialmente, en el uso del *hipnotismo*, la *catarsis* y la *abreacción*, que daría lugar a *Estudios sobre la histeria* (1893-1895), texto inaugural del psicoanálisis (Bercherie, 1996; Pichot, 1996).

Según Bercherie (1996), a partir de dicha obra, Freud iniciaría un trabajo monumental que le llevaría toda su vida, trabajo en el cual la influencia de varios psiquiatras es manifiesta: de Benedikt, Freud toma sus aportes sobre la génesis de las neurosis y de los sueños, sobre el papel sexual de los mismos, así como la relación de los síntomas con las frustraciones amorosas. De Morel, Freud se inspira en la oposición entre *psiconeurosis* y *neurosis actuales*, en la conceptualización de las psicosis, en el modo de comprender su etiología de manera no orgánica, así como en la utilización del concepto de *predisposición* y el de *degeneración psíquica permanente*. De Krafft-Ebing [1840-1902] toma el concepto de *paranoia*, considerándola como: “el conjunto de los estados delirantes, agudos o crónicos, alucinatorios o no, que ponen de manifiesto una predisposición marcada o una simple disposición, disociativos o que dejan intacta la síntesis personal” (ibid., p. 222). De Kraepelin toma prestada la oposición entre *esquizofrenia* y *paranoia*, se inspira también en la separación de la *histeria* respecto de la *neurosis traumática* y en el interés por estudiar las *psicosis maniaco-depresivas* y la *depresión melancólica*. No obstante, si bien el psicoanálisis ha tomado algunos elementos provenientes del pensamiento psiquiátrico, lo cierto es que ha mantenido a lo largo del siglo XX un desarrollo relativamente autónomo, que también ha influido sobre la propia psiquiatría.³⁴

2.2.2.1 La semiología alemana

Para la semiología alemana, a partir de la obra de Griesinger, “lo que hará de una conducta un signo clínico es, lo primero de todo, su distanciamiento o desviación de la norma, de las reglas de conformidad que fueron definidas desde un trasfondo administrativo, familiar y político” (Londoño, 2014, p. 347) mientras que, en un segundo lugar, una conducta será considerada signo en función de que la misma sea o

³⁴ Si bien es posible notar la influencia del pensamiento psiquiátrico sobre el pensamiento freudiano, también podemos señalar influencias del pensamiento freudiano sobre el psiquiátrico: se destaca su aporte en la separación de la *neurosis de angustia* respecto del *complejo neurasténico*; sus estudios sobre la *fobia* y la *obsesión*; la introducción de los *mecanismos de defensa*; la incorporación del concepto de *inconsciente* y su trabajo sobre la etiología de los *traumatismos sexuales precoces* (Pichot, 1996). Además, se reconocen sus aportes sobre las *representaciones* y la *transferencia*, así como el establecimiento de la vida sexual del sujeto en la infancia. Este último punto hará del psicoanálisis el blanco de una infinidad de críticas provenientes de la psiquiatría.

no voluntaria. Según Peters (2010), dicha definición del concepto de signo marcó a la psiquiatría durante el siglo XX, estableciendo *una diferencia entre lo normal y lo anormal*, distinción que ha atravesado al proyecto psiquiátrico y neurológico de la psiquiatría alemana, y que habilitó el establecimiento del concepto de *estructura*. Este concepto consiste en afirmar que la totalidad excede a la suma de las partes que la constituyen, y que lo individual está determinado por el lugar que ocupa en ella (ibid.). A cada parte aislada le corresponde una determinada función y significado, en relación a su ubicación en la estructura. Dentro de este modelo, el diagnóstico es entendido “en sus frecuentemente variados componentes constitucionales, en sus mecanismos psicológicos reactivos, en sus factores orgánico-cerebrales” (Kretschmer, 1919, s.n., citado en Peters, 2010, p. 133).

Paralelamente a esta conceptualización del diagnóstico, el desarrollo de la escuela fenomenológica de Heidelberg toma el concepto de *estructura* y considera que “el fenómeno psicológico individual debe ser descrito cuidadosamente en sus pequeñas partes, de modo tal que no sea confundido” (Peters, 2010, p. 133). A este respecto, algunos psiquiatras como Kahlbaum sostienen que la nosología debería tener un basamento anatómico-patológico, por lo que se hace necesario agrupar los casos en base a la evolución de la enfermedad, de modo de poder conocer los procesos por los cuales los síntomas se agrupan en *totalidades significativas*, que permiten nominar las enfermedades, y, en consecuencia, realizar diagnósticos (Pichot, 1996).

2.2.3 Puntualizaciones sobre la semiología psiquiátrica

A partir de las puntualizaciones realizadas en torno de la psiquiatría francesa y alemana, y sus semiologías, es posible señalar la existencia de una *heterogeneidad semiológica*, ya que no sólo existen diferentes semiologías, sino que, además, es posible distinguir allí ciertas “tendencias”: mientras la semiología francesa parecería hacer énfasis en el estudio de las pasiones y el lenguaje, la semiología alemana tendería a enfocarse en el desvío de la norma, en la estructura y en la historia del paciente, y en la memoria y su relación con el deseo. Dicha heterogeneidad dificulta la delimitación precisa de qué se entiende por “*la semiología*”, como si dicha expresión apuntase a un constructo universalizable y homogéneo. Sin embargo, podemos introducir una conceptualización general sobre lo que, en semiología, se entiende como *signo clínico*. Según Londoño (2014), “el ‘signo’ es un indicio o señal que está en relación con el juicio de valor” (p. 338). De esta forma, a partir de la observación de un síntoma ya

observado por otros especialistas, tal síntoma “cae bajo el peso de sentido, para transformarlo en signo” (ídem), el cual tendría en cuenta “los rasgos únicos dentro de una entidad nosológica” (ídem).

Para Lantéri-Laura las obsesiones no son un elemento aislado en la semiología psiquiátrica, sino que tienen un lugar propio y diferenciado dentro de un grupo bastante homogéneo de afecciones de la experiencia vivida. Como podemos ver, Lantéri-Laura enuncia una aparente lógica formal para la conformación de signos clínicos (íbid., p. 340).

Ante esta “aparente lógica formal” es posible señalar, según Londoño (2014), que los signos clínicos pueden clasificarse en *signos propios* –exclusivos de un diagnóstico determinado–, *comunes* –presentes en otras áreas de la medicina–, *patognomónicos* –permiten determinar el diagnóstico a partir de un elemento– y *cardinales* –es posible establecer el diagnóstico mediante un determinado grupo de signos clínicos. En este sentido, si bien existe la posibilidad de diferenciar distintos tipos de signos clínicos, sería necesario establecer un procedimiento general para su determinación:

Debemos fijar la más gran importancia en los elementos extrínsecos y en las cualidades del contacto no verbal y verbal; pero solamente existe la semiología psiquiátrica si se extraen unas invariantes, idénticas, cualesquiera que sean las condiciones del contexto y las singularidades del contacto. Es decir que no sabríamos hablar de signos en psiquiatría si algunos elementos idénticos no aparecieran en la entrevista, ya sea que se trate de un sujeto que viene por su propia voluntad a consulta por trastornos que nos confía en una situación de contacto excelente, o ya sea en un peritaje judicial mal aceptado, donde el detenido hostil emplea digresiones y evasivas. La semiología psiquiátrica no puede realizarse como tal si no dispone de signos que se encuentren idénticos a pesar de las variaciones del contexto donde aparecen y las particularidades del contacto establecido (Lantéri-Laura, 1991, citado en Londoño, 2014, p. 339).

2.3. Aspectos generales del desarrollo histórico de la psiquiatría en el Uruguay hasta 1940

Según Duffau (2019), es difícil establecer un origen de la práctica psiquiátrica en el Uruguay. Si bien, durante la época colonial, eran encerrados delincuentes, prostitutas, méndigos, inmigrantes y “locos”, en la cárcel del *Cabildo de Montevideo* (Coll, 2008), a partir de 1788, con la fundación del *Hospital de Caridad*, comienzan a realizarse internaciones, recibiendo, en ese año, a un hombre catalogado como “demente” (Murguía y Soiza Larrosa, 1987).

Desde inicios del siglo XIX, se empieza a discutir sobre la imputabilidad de los enfermos psiquiátricos. Una corriente sostenía que, si los locos cometían delitos, al no ser responsables de sus actos, debían ser eximidos del castigo; la otra, insistía que éstos

merecían el mismo tratamiento que cualquier criminal. La predominancia de esta última tendencia a lo largo de la primera mitad del siglo XIX llevó a que tanto el delincuente cuerdo como el loco fueran encerrados en la Cárcel (Duffau, 2015a).

En 1860 se inaugura el *Asilo de Dementes*, en el que la asistencia a los enfermos mentales es realizada por las Hermanas de la Caridad, médicos homeópatas y médicos orientados hacia el estudio de la alienación mental (Duffau, 2019). En 1875 se funda la *Facultad de Medicina de Montevideo* y son creadas las *cátedras de Anatomía y Fisiología*, y apenas cinco años después, en 1880, es fundado el *Manicomio Nacional*. A partir de ese momento, la salud mental pasaría rápidamente a manos de los médicos, lo que favoreció que, en 1908, se creara la *Cátedra de Psiquiatría* (ibid.) y la *Sociedad de Psiquiatría del Uruguay* en 1923.

Paralelamente a ese proceso, a inicios de la década de 1880 se comienza a considerar que, si un loco cometía delito, debía asegurarse su comparecencia para que el juez de la causa dictara sentencia. Para dicho fin, la intervención médica pasaría a ocupar una importancia capital. Sin embargo, juristas y psiquiatras mantendrían una compleja relación epistemológica. Existía un debate entre una aplicación de la ley penal en función de cada caso y una visión psiquiátrica que impulsaba un punto de vista global de la situación del paciente y la enfermedad. Según Duffau (2015a), los psiquiatras insistían que cualquier individuo que presentase una patología mental y, al mismo tiempo, cometiese un delito, debería ser considerado penalmente irresponsable en relación a su acto. Con todo, también debatían en torno a la determinación del grado de irresponsabilidad, siendo común los dictámenes de irresponsabilidad parcial o irresponsabilidad absoluta.

Desde inicios del siglo XX, los catedráticos de psiquiatría eran hombres formados a nivel nacional e internacional, entre los que se destacaban: Etchepare [1869-1925], quien se formó como médico en París (1894) y fundó la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina en 1908, en la que fue Profesor Titular hasta 1925. Rossi [1884-1935], el cual se recibió de médico en 1911 y es considerado el primer discípulo de Etchepare; desde 1917 a 1925 se desempeñó como Profesor Agregado de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y en 1925, tras la muerte de Etchepare, fue nombrado Profesor Titular de dicha Cátedra. Sicco [1894-1949] fue docente de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Vilardebó desde 1922 a 1926; fue, además, Profesor

Agregado de la Cátedra de Psiquiatría entre 1926 a 1943 y Profesor Titular de la Cátedra de Psiquiatría desde 1943 a 1949. García Austt [1888-1954] ejerció como Profesor Agregado de la Cátedra de Psiquiatría desde 1927, y como Profesor Titular de la Cátedra de Psiquiatría a partir de 1950. Estos y tantos otros psiquiatras³⁵ inscribían su práctica bajo una clara influencia de las ideas de la psiquiatría alemana y francesa, manteniendo un enfoque ecléctico,³⁶ organicista y fisiologicista, cuyo foco era el estudio de los síntomas a nivel del cerebro, lesiones ocasionales, localizables, inflamación de la aracnoides, procesos de intoxicación, etc.

En su desarrollo, la psiquiatría, junto a la medicina, acompañó el proceso de medicalización de la sociedad (Ginés, 2000). Ello provocó una creciente presencia de los médicos en la sociedad y en la toma de decisiones del Estado, transformando a la medicina en un valor supremo de aquel: se trataba de un valor que buscaba extenderse a todos los ciudadanos como parte de las políticas de higiene, tanto en relación a la prevención de la enfermedad, como en la vigilancia de la salud (Duffau, 2013). En este sentido, la psiquiatría como “ejército de la higiene” (Casarotti, 2007, p. 155), si bien se abocó inicialmente a tratar aquellos casos agudos que impedían la vida social del individuo o de la comunidad, progresivamente pasó a ocuparse de patologías crónicas. De esta manera, la psiquiatría asumió un lugar jerárquico en el combate del desorden mental, al tratamiento de las psicopatologías y a la definición de la normalidad (Barrán, 1995). Este hecho llevó a que, durante la década del 30, bajo la influencia del falangismo, el fascismo y el nazismo,³⁷ se acentuara el papel del pensamiento de Morel, el cual reflejaba una consideración psiquiátrica de la familia como agente reproductor del orden social –pieza clave de las reformas sociales que en el país se impulsaron en pro de la construcción de una nueva raza (Vallejo y Miranda, 2004).

Mientras que en Alemania el nacional-socialismo ganaba poder e influencia, y en España se daban discusiones sobre la peligrosidad social de los individuos y se

³⁵ Entre los que podemos referir a Morelli, quien participó de forma puntual en el incipiente campo de la Salud Mental durante el siglo XIX: fue Docente de *Fisiología y Clínica Terapéutica* e impulsor de la creación del *Instituto de Higiene experimental* (1895). Cáceres, psiquiatra e impulsor de la arteterapia y del desarrollo de los primeros estudios de psicología en el Uruguay durante la década del 30. Y Pérez Pastorini, Psiquiatra, psicoanalista y un impulsor del desarrollo del psicoanálisis en el Uruguay durante la década del 40.

³⁶ A pesar de este eclecticismo, la psiquiatría se desarrolló con fuerza hasta 1920, momento en el que comenzó a sufrir una pérdida de profesionales debido a la conformación de otras especialidades y a un leve enlentecimiento de las publicaciones (Etchepare, 1921); recuperaría su vigor a partir de 1929.

³⁷ Desde 1931 a 1938, durante el gobierno de Terra (quien gobernó como Presidente Constitucional hasta 1933, como Presidente de facto hasta 1934 e Interino hasta 1938) el Uruguay establece estrechos vínculos con la Italia de Mussolini, la España de Franco y la Alemania de Hitler (Duffau, 2015b).

aprobaba la Ley de Defensa de la República, la Ley de Orden Público, y la Ley de Vagos y Maleantes –que encaminaron una política social de prevención de la delincuencia basada en la peligrosidad de determinados individuos, incentivando reformas psiquiátricas y penitenciarias que dificultaron la distinción entre lo penal y lo psiquiátrico (Campos, 2013)–, en Uruguay, durante la década del 30, se colocaba a la familia como la base de la patología mental, ya que el enfermo psiquiátrico compartía no sólo un hábitat pernicioso con su familia, sino también la herencia. Dicha concepción parecería destacar una predisposición orgánica a la enfermedad mental, aunque sin descartar la influencia nociva del medio social (Duffau, 2016). De esta manera, como un fiel reflejo de las tendencias europeas, la psiquiatría a nivel nacional dividió a los pacientes entre enfermos con patologías psiquiátricas hereditarias y degenerados, siendo estos últimos aquellos que no tenían una enfermedad de origen biológico, sino que la habrían desarrollado de acuerdo a su modo de existencia.³⁸

Esta concepción clínica, si bien se desarrolla desde el siglo XIX parece tomar especial vigor durante la década del 30, reflejo de un momento cultural y político donde se mezclaban el interés local de mantener el control social en un ambiente de fuerte inmigración y la necesidad de la propia psiquiatría uruguaya de fortalecer un pensamiento psiquiátrico nacional que acompañara el desarrollo del pensamiento europeo (Ginés, 2000a). En este contexto, la medicina y la psiquiatría se enfocaban en el estudio de lo orgánico, los biotipos y la herencia mórbida (Duffau, 2015 b), lo cual motivó un refortalecimiento del higienismo sobre distintas poblaciones. Así lo señalan varios textos de la época³⁹ en los que parecería figurar una clara *política médica de disciplinamiento y control social*, ya sea sobre el desarrollo físico, el uso de la energía, la capacidad productiva de la fuerza de trabajo, el uso del tiempo libre, el control de las prácticas sexuales y el cuidado de la población, según su franja etaria (ibid.).

En 1936 la Ley n° 9.604 define a los “indeseables” como aquellos pertenecientes a “organismos sociales o políticos que por medio de la violencia tiendan a destruir las bases fundamentales de la nacionalidad” (p. 3). Dicha ley colocaba bajo una misma categoría tanto a inmigrantes, toxicómanos, ebrios consuetudinarios, homosexuales y

³⁸ Duffau, comunicación personal (2015 b).

³⁹ Algunos de ellos son: *Plan de profilaxis mental* (Sicco, 1930), *La lucha contra las enfermedades mentales* (Sicco, 1937), *Higiene mental en la adolescencia* (Fascioli, 1937), *La higiene mental en la infancia* (Payssé, 1937), *Contribución a la Higiene Mental-Clinica de Conducta* (González Dandré, 1937), *La Higiene Mental en la edad crítica* (Darder, 1937) y *La Higiene Mental en la escuela* (Schiaffino, 1937).

locos, a la vez que mostraba la necesidad de aplicar medidas represivas contra ellos. Ello podría traducirse como la emergencia de la medicina preventiva, que llevaría a una implicación del campo médico-psiquiátrico en el campo social.

De esta manera, según Duffau (2016), la psiquiatría habría dejado de ser el mero poder para controlar, e incluso corregir la “locura”, para convertirse en el poder para controlar aspectos de la vida cotidiana, prácticas condenables, de la población en general, pero en especial de los sectores populares. La prensa o la literatura que señalaban a los “locos” como portadores de rasgos bárbaros, también habrían colaborado en la emergencia de esas nuevas figuras temidas y en la aparición de diversos estigmas. En este sentido, es posible sostener que la categorización de enfermo psiquiátrico habría excedido los análisis clínicos de las patologías, contribuyendo a conformar un estereotipo de “inadaptado social” que, por su modo de vida o prácticas, se intentaría marginar de la “civilización”, a través de un discurso que rechazara la improductividad en el mercado económico –incluyendo en dicho discurso a los “locos”, en tanto que no eran “productivos”. Ello no sólo habría incentivado el interés por el estudio de la enfermedad mental, sino que también habría impulsado la medicalización de la sociedad, promoviendo el estudio y desarrollo de ciertos estilos de vida, muchas veces asociados a la regulación de prácticas sexuales, o hábitos como el consumo de alcohol (íbid.).

Según Ginés (2000 a), este proceso permitió a la psiquiatría “navegar” entre distintas fuentes, intentando conciliar, o por lo menos hacer coexistir en sus textos, distintos intereses que, según Soiza Larrosa (*apud* Ginés, 2000a), definen la psiquiatría a nivel nacional y reflejan la expresión de una singular y original base clínica, así como la plasticidad a la hora de pensarla. De acuerdo con Coll (2008), la psiquiatría uruguaya se habría sustentado en un gran interés por *integrar todos los saberes* –siguiendo el espíritu del país a principios de siglo XX. Sin embargo, es preciso señalar que dicha búsqueda de integración mostró ciertos límites: si bien la psiquiatría uruguaya se desarrollaría desde principios del siglo XX en torno a una serie de mixturas entre prácticas y teorías, con un basamento somatista-organicista, poco después, hacia la primera mitad de la década de 1920 se la vería reaccionar ferozmente contra la psiquiatría psicologicista y, especialmente, contra el psicoanálisis, tales como se

muestran en los textos *Sobre psicoanálisis* (Etchepare, 1926) y *Consideraciones bioquímicas sobre el freudismo* (Rossi 1926)⁴⁰.

2.3.1 Puntualizaciones sobre la influencia de la psiquiatría francesa y alemana en la psiquiatría uruguaya

A partir de las primeras lecturas que hemos realizado de los textos doctrinales y casos clínicos psiquiátricos uruguayos, podríamos situar ciertas referencias al influjo de la psiquiatría francesa sobre la psiquiatría nacional: la influencia de Pinel y Morel parecería estar presente en algunos casos, a partir de referencias a causas predisponentes de la enfermedad (la herencia) o a causas ocasionales (el papel de algún suceso exterior, un accidente, o la presencia de emociones violentas). El pensamiento de Falret parecería figurar en ciertas referencias a la etiología, dado que, en algunos casos clínicos, está presente el papel de la inflamación y la intoxicación en el comienzo de las enfermedades mentales. Los efectos de la psiquiatría alemana sobre la uruguaya serían observables por la preocupación de algunos psiquiatras del Uruguay, en particular en García Austt, sobre la evolución de la enfermedad, y a la fijación de los tratamientos en función de una nosología, en el sentido de Kraepelin.

Con todo, ambas escuelas parecerían haber aportado, cada una a su medida, a la constitución y consolidación del ámbito psiquiátrico en nuestro país, dotándolo de una perspectiva organicista y fisiologicista, bajo un clima de eclecticismo⁴¹ en el que es posible notar oscilaciones en las referencias a ambas escuelas, una coexistencia no problemática, “laxa”, entre conceptualizaciones de una u otra escuela, o bien el predominio de alguna de ellas, dependiendo del caso.

Dichas conceptualizaciones se presentarían en los casos mediante referencias a los *Antecedentes hereditarios*, el *Diagnóstico*, la *Etiología*, el *Tratamiento*, y/o a la *Cura*, dando lugar a una polifonía que sería capaz de integrar una o ambas escuelas, según el caso, en el estudio clínico de las enfermedades mentales. A partir de tal polifonía, sería posible estudiar una articulación entre dos clases de causalidad: una *causalidad moral, social y/o sexual* y una *causalidad orgánica*.

⁴⁰ Las referencias a la oposición al psicoanálisis expuestas en estos artículos se presentan en el apartado 2.3.2

⁴¹ A pesar de que el eclecticismo sea manifiesto mediante una proliferación de diferentes referencias en torno a la causalidad de la enfermedad, así como en las variadas maneras de nominarla, resultaría necesario aclarar que en tal eclecticismo existiría cierto nivel de conflicto interno, dado que exista un desacuerdo entre los propios psiquiatras a la hora de definir y delimitar sus categorías nosológicas (Pereira, 2017b).

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

Desde 1900 hasta 1930, frente a la progresiva patologización y medicalización de la sociedad (Barrán, 1995), los psiquiatras uruguayos, interesados por *la locura, la parálisis general y la histeria*, adoptarían nuevas ideas provenientes del ámbito europeo, fundamentalmente de la psiquiatría francesa y alemana, y en menor grado de la italiana—, aunque también se verían influenciados por las ideas de Janet, del moralismo y el higienismo. Estos influjos los llevarían a considerar la coexistencia entre causas morales, sexuales, ocasionales, accidentales o tóxicas, y causas orgánicas - menstruación, lesión cerebral, presencia de focos histerógenos, etc.—, situación que sería favorable para el desarrollo de la psiquiatría y la “recepción” inicial de las ideas freudianas.

Según Barran (1995), dicha “recepción” tuvo lugar durante las primeras décadas del siglo XX. De acuerdo con este autor, la primera mención médica al procedimiento de Freud en el Uruguay data de 1913 en *Ceguera histérica*, texto publicado en la *Revista Médica del Uruguay* por Etchepare. En dicha revista, en un artículo de Morquio del año 1900, titulado *Displegia espasmódica familiar*, figura una referencia anterior al trabajo de Freud, aunque como neurólogo, vinculado a los escritos de parálisis infantil. Entre 1910 y 1930, se observa una gran necesidad de la psiquiatría nacional de formalizar la terapéutica, la psicoterapia, y en particular los distintos métodos terapéuticos, tal como muestran varios textos de Duprat: *Introducción al estudio de la Terapéutica* (1911), *Notas de terapéutica descriptiva* (1912), *De los Agentes Terapéuticos en general* (1914), *La Psicoterapia* (1914); de Rossi, *Contribución al estudio del Psico-análisis* (1916); y de Payseé, *De los métodos en Psicología y de sus aplicaciones en Psiquiatría* (1920). En este contexto, unos pocos psiquiatras parecerían estar interesados por el psicoanálisis, particularmente en su dimensión técnica; sin embargo, hacia finales de la década del 20 el rechazo hacia la doctrina psicoanalítica se vería reducido, especialmente aquel “exagerado *pansexualismo* de Freud” (Rossi, 1926). Veamos las siguientes citas al texto “Sobre psicoanálisis” de Bernardo Etchepare, transcripción de una intervención realizada por este psiquiatra, en 1925, en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay: “Yo creo que el mismo Freud es un soñador de ensueños, de pesadillas y hay uno que va a resolverlo todo” (Etchepare, 1925/ 1926, p. 79); “la doctrina debe caer por su base” (ibid., p. 80); “[el] Freudismo es un tejido de

contradicciones porque inventa lo contrario cuando le conviene” (íbid., p. 81); “[el] mismo Freud, que practicaba primero la hipnosis y luego hacía la conversación prolongada, dejando después al enfermo hablar espontáneamente se ha engañado y renunció a la hipnosis, en el cual cometió porción de errores” (ídem).

Igualmente, nótese la siguiente cita:

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

A lo largo de la década del 30, bajo un renovado interés por la higiene social, fue creada en 1934 la cátedra de *Higiene Social y Técnica Hospitalaria*, bajo una mirada médica preocupada por la Salud de Estado y la degeneración; no sólo eran estudiados los biotipos y la herencia mórbida, sino también la sexualidad, la cual comenzaría a acaparar la atención de varios psiquiatras. En este contexto, se produciría un viraje en torno del psicoanálisis consistente en una sensible atenuación de las críticas hacia su teoría. Asimismo, fueron publicados algunos textos doctrinales de psicoanálisis en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* cuyos autores eran psiquiatras extranjeros, por ejemplo: *Conferencia Sobre Psicoanálisis* (Allende Navarro, 1938), y *Teoría y práctica del psicoanálisis* (Mira Y López, 1940). También pueden encontrarse referencias al psicoanálisis en textos de psiquiatras uruguayos –como, por ejemplo, en Payssé (1936) o Cáceres (1934/1936)– que permitirían apreciar cierta influencia de la teoría psicoanalítica sobre el pensamiento médico-psiquiátrico en el Uruguay.

En este proceso de recepción de las ideas freudianas, la muerte de Etchepare marcaría un corte a la resistencia hacia el cuerpo doctrinal del psicoanálisis; se habría producido un giro o viraje en la recepción de las ideas freudianas; se generó un vacío que habría permitido una entrada más profunda de las mismas en el ámbito psiquiátrico. Esta recepción estaría incentivada, según Duffau (2013), por razones sociales, pues, el Estado Uruguayo, durante este periodo, estaba preocupado por las oleadas migratorias como una posible causa de degeneración de la sociedad, lo que favoreció el interés por el concepto de *degeneración* de Morel, por el *higienismo* y la búsqueda de diversos modos de regular los comportamientos de los diferentes grupos sociales, en cuyas

conductas se centraba la mirada médica –la sexualidad, el alcoholismo, el papel de la mujer, etc. –en pos de garantizar la “sanidad” de las fuerzas productivas.

2.4 Aportes epistemológicos sobre la evolución de la clínica médica y el surgimiento de la clínica psiquiátrica.

En este apartado retomaremos la caracterización histórica de la clínica, intentando señalar los cambios históricos producidos en la racionalidad clínica de la medicina y en la concepción de su método. A partir de allí, caracterizaremos epistemológicamente el surgimiento de la psiquiatría, mostrando las transformaciones acaecidas en su método clínico, a partir de la jerarquización de la palabra.

Según Dunker (2011), la mirada que ha organizado la clínica clásica parecería haber fundado una geometría a través de la construcción de figuras espaciales, ejemplificables mediante la antropología kantiana, en la medida en que ésta habilitaría a comprender las transformaciones introducidas a partir de la presencia de signos y fenómenos cognoscibles. Esta articulación antropológica habría permitido que la dolencia del enfermo fuera remitida a una geografía, en la cual se localizarían escenas, retratos instantáneos (ibid.). La anamnesis, entendida como “el arte de trazar la memoria”, permitiría producir una historia compuesta por referencias sociales, institucionales, familiares, por antecedentes de las afecciones médicas, de los hábitos, etc. De este modo, la dolencia haría posible el establecimiento de analogías de grado, contrastes y distancias entre las formas, a partir de las cuales el clínico construiría la dolencia como un cuadro. Para la medicina sería preciso articular procedimientos clasificatorios y ordenadores capaces de agrupar los signos y síntomas en familias, clases, géneros y especies, dando lugar a ejemplos significativos. “Clasificar significa construir semejanzas que se repiten de modo de incluirlas en un conjunto o clase. Ordenar, a su vez, remite al descubrimiento de las reglas de formación que presiden la articulación entre los diferentes tipos de señales” (ibid., p. 402).

Podemos comparar el funcionamiento articulado de esas operaciones de clasificación y ordenamiento con la construcción y el dominio de una especie de lenguaje. De un lado, hay una semántica. Por medio de ella se determina el significado clínico de los signos, trazos, síntomas y síndromes. Hay signos icónicos, como una irrupción cutánea: signos indiciales, como la cualidad de los excrementos; y signos simbólicos, por ejemplo, la distancia entre las contracciones antes del parto. Además de una semántica, es preciso establecer una gramática, que contiene las reglas de formación y transformación de las figuras patológicas según un orden que permite anticipación y previsibilidad (ibid., p. 403).

En suma, el eje del proyecto clínico moderno parecería ser el establecimiento de una *semiología*, es decir, una clasificación y organización de signos, índices, síntomas y trazos que deberían presentarse como diferencias significativas ante la mirada clínica (Dunker, 2011).⁴²

Tanto Foucault (1966a/2001) como Peters (2010) consideran que a principios del siglo XIX comenzaría a producirse un viraje en el seno de la racionalidad clínica, ya que si bien el nominalismo no sería abandonado –desde el momento en que la enfermedad empezaría asociarse con la muerte–, su esencia pasaría a adquirir un *trasfondo realista*,⁴³ relativo al estudio de los tejidos, dado que estos pasarían a ser considerados la fuente de la enfermedad, en tanto que ella se produciría a causa del desgaste de la vida, el daño de los tejidos o la muerte de los órganos (Foucault, 1966a/2001), lo que sería observable y palpable en forma directa, independientemente de los constructos nosológicos que intentasen explicar la enfermedad (ver apartado 2.1).

De acuerdo con Arteaga Herrera y Fernández Sacasas (2010), al mismo tiempo en que este viraje ocurre, se habría generado un mayor interés en el estudio anatómico y fisiológico, que traería aparejado una modificación en la propia concepción de método clínico, puesto que, si bien durante este período el mismo se desarrollaría bajo la inspiración de la tradición hipocrática,⁴⁴ lo cierto es que, gracias al énfasis en el estudio y observación de lo anatómico, comenzaría a considerarse que

(...) la clínica, utiliza el método científico a escala observacional y experimental si aceptamos que toda observación bien hecha es una investigación y toda terapéutica bien diseñada es un experimento. Como recomendaba E. Sergent (...) de lo que se trata es de: “mirar terca y tenazmente el ‘experimento espontáneo’ que todo enfermo nos brinda”.

42 Al establecerse la semiología como fundamento principal de la clínica, se introducirían dos operaciones lógicas: a) se determina que cualquier otra clínica debería adoptar una semiología, lo que implica asumir una concepción determinada sobre el lenguaje (Dunker, 2011); y b) se establece una articulación de la *semiología* con el *tratamiento*, el *diagnóstico* y la *etiología*, en la cual el tratamiento designa una experiencia condicionada por el empleo de un método, que determina el conjunto de acciones tomadas, prescriptiva o prospectivamente, durante las observaciones, el diagnóstico y la etiología. El diagnóstico remite a un acto, implica la capacidad de discernimiento acerca del valor y de la significación de un conjunto de signos, cuando estos aparecen de forma simultánea o sucesiva en un caso. La etiología brinda subsidios en la organización de una patología fundada en principios causales (ibid.).

43 En las obras especializadas en epistemología de la medicina y de la psiquiatría se comprende al *realismo* como una posición ante el conocimiento, que considera que: a) las enfermedades existen en forma independiente a las categorías que se utilizan para especificarlas; y b) existe cierto nivel de conocimiento directo y sensible de las enfermedades, independientemente de las categorías que se tengan para caracterizarlas (Foucault, 1966a/2001; Saurí 1996; Banzato; Dalgarrondo y Zorzanelli, 2016).

44 Tradición en la cual se consideraba importante seguir un procedimiento de asistencia al enfermo, estableciendo un diagnóstico y un pronóstico (Cruz Hernández, Hernández García, Dueñas Gobel y Salvato Dueñas, 2011).

El estudio de los enfermos ha permitido hacer generalizaciones de carácter teórico que nutrieron y nutren el cuerpo de conocimientos de la semiología, la patología, la clínica, la terapéutica y otras disciplinas afines. Pero, al mismo tiempo que se identificaban estas regularidades que permitían asegurar que varios enfermos tenían una misma enfermedad, los clínicos observaban que, en cada uno de los enfermos, la afección, siendo la misma, tenía una expresión clínica diferente, peculiar; se describió entonces lo que se denominó formas clínicas de la enfermedad (ibid., p. 14).

En este pasaje queda trazada una homologación entre el método clínico y el método científico, lo cual indicaría cierto *posicionamiento ideológico* a la hora de considerar al método clínico como “el método científico a escala observacional y experimental” (ídem). Dicha homologación haría suponer que en el desarrollo del método clínico se articularían también las diferentes fases para la adquisición de conocimiento científico, en tanto que, según Arteaga Herrera y Fernández Sacasas (2010), dentro del campo médico, el método científico implica, en primer lugar, *una fase concreto-sensible*, considerada la primera etapa en el conocimiento del objeto, a través de la cual podría captarse, mediante sensaciones o percepciones, el aspecto general de aquello que se estudia. En segundo lugar, *una fase lógico-abstracta o racional*, que se presentaría como una penetración en la estructura interna del objeto de estudio a partir del conocimiento transmitido por los órganos de los sentidos: del conocimiento fenomenológico externo a la construcción de la teoría, mediante procesos lógicos de análisis y síntesis –de las partes al todo y de lo particular a lo general (inducción)–, destacando el aspecto principal del objeto de estudio y prescindiendo de los aspectos no esenciales; pero también de generalización que daría lugar a un concepto capaz de abarcar los rangos comunes que definirían al objeto. Y tercero, *una fase concreto-pensada*, a partir de la cual los datos concretos procedentes de la fase sensorial darían lugar a abstracciones y generalizaciones teóricas, y mediante el pensamiento lógico, volverían a transformarse en generalizaciones de los objetos y fenómenos concretos, en forma de “verdades concreto-pensadas, esto es, concreto conocidas” (ibid., p. 13). De este modo, la práctica “se constituye en base, fin y criterio de la verdad” (ídem), permitiendo actuar sobre la realidad.

Al analizar estas fases, podríamos afirmar que las mismas funcionan alrededor del método inductivo, en tanto que allí subsiste la concepción de que en la sensibilidad – particularmente en la percepción– se originaría un procedimiento consistente en una apropiación de los aspectos esenciales del objeto, el cual continuaría con la síntesis de las sensaciones obtenidas, y que proseguiría mediante la conceptualización. A partir de

allí, se arribaría a un concepto general capaz de englobar los principales rasgos del objeto que culminaría con la concretización, momento en el que ese concepto general se transformaría en una “verdad concreta” (ídem).

En la homologación del método clínico al método científico sería necesario admitir la jerarquización de un *modelo empirista*⁴⁵, en tanto que la teorización de la clínica médica parecería apuntar a un reconocimiento de la validez del conocimiento sensible, como si fuera posible conocer las cosas directamente a través de los sentidos, sin la necesidad de recurrir a conceptos durante la observación. Sin embargo, como plantea Kant (1787/2003),⁴⁶ esto no sería posible, dado que las intuiciones sin conceptos son ciegas.⁴⁷

En relación a la psiquiatría, si bien ella ha acompañado el propio desarrollo de la clínica médica, comenzaría a desarrollarse como una disciplina relativamente independiente de aquella a partir de la obra de Pinel, quien, desde 1793, emprendería una “humanización” del tratamiento y una conceptualización de la enfermedad mental, rechazando el encadenamiento de los alienados y la concepción de “réprobos” que pesaba sobre ellos, pasando a considerarlos como “alienados”. A partir de allí, su situación se volvió pasible de ser legislada y judicializada, dando inicio a la medicina legal y a la delimitación de la alienación mental, tal como muestra su obra *Nosographie Philosophique* (1798) y *Traité Médico- Philosophique de la Manie* (1801) (Ey, Bernard y Brisset, 1965/1995).

Mientras que la psiquiatría se fue desarrollando, se introduciría en su seno la necesidad de confrontar la palabra del paciente para delimitar con precisión los elementos clínicos (semiología, etiología, diagnóstico y tratamiento), ante lo cual parecería surgir la necesidad de introducir elementos provenientes de la filosofía para pensar la interacción del psiquiatra con el paciente, o para comprender la propia racionalidad clínica, tal como lo evidencian las referencias a Kant y de Hegel en las

45 Se caracteriza al empirismo como una teoría de doble aspecto: por un lado, se trata de una concepción acerca del origen del conocimiento; por otro, es un punto de vista teórico acerca de lo que justifica las observaciones. De acuerdo al primer aspecto, “el empirismo sostiene que todo nuestro conocimiento del mundo proviene de los sentidos (*nihil in mente quod non prius in sensu*). De acuerdo al segundo, el empirismo sostiene que la experiencia misma posee un papel epistémico insustituible en la justificación de la creencia” (Kalpolkas, 2008, p. 282)

46 La referencia al pensamiento de Kant es central para pensar la epistemología de la psiquiatría, dada su influencia en dicho ámbito.

47 “La experiencia no da nunca juicios con una universalidad verdadera y estricta, sino una generalidad supuesta y comparativa (por la inducción) (...). Un juicio, pues, pensado con estricta universalidad, es decir, que no admite excepción alguna, no deriva de la experiencia” (Kant, 1787/2003, p. 172).

obras de Pinel, Griesinger y Kraepelin. Con todo, desde finales del siglo XVIII ya es posible mostrar la recepción e influencias de varios pensadores del ámbito filosófico en psiquiatría. Uno de ellos fue Herz [1747-1803], quien en 1798 se cuestionaba sobre “cómo se puede diferenciar entre la psicoterapia y los éxitos logrados a través de casuales elevaciones del ánimo” (Peters, 2010, p. 102).⁴⁸ Frente a dicha interrogante, “la respuesta es que se aprende de experiencias casuales (lo cual siempre ha sido el caso en los medicamentos), y se aplican de acuerdo a un plan sistemático” (ídem). La sistematización ocurrida en la psicoterapia traería aparejado un cambio de nominación: el término *psiquiatría* sustituiría al de *terapia psíquica* –operación que produciría el desplazamiento del concepto de *alienismo*–,⁴⁹ dando lugar a la emergencia de una nueva disciplina encargada del abordaje de las enfermedades mentales, y los psicoterapeutas pasarían a llamarse *médicos psíquicos* o *psiquiatras* (ídem).⁵⁰

Durante el siglo XIX, gracias a la influencia racionalista, la psiquiatría fue organizándose en torno a la búsqueda de *entidades*, tomando como modelo la *parálisis general*, por lo que indaga nosográficamente especies morbosas, describiendo sus cuadros y sus evoluciones típicas. De este modo, el cuerpo semiológico de la psiquiatría adquiriría una organización teórica que acompañaba a sus investigaciones mediante esquemas de observación, diagnóstico y pronóstico (Ey, Bernard y Brisset, 1965/1995). Según Ey, Bernard y Brisset (íbid.), en este proceso predominaría la perspectiva organicista y anatómo-patológica, que permite establecer las *formas típicas* de las enfermedades mentales, en base a las leyes de su evolución, y el desarrollo de una casuística (herencia, intoxicación, causas endocrinas y anatómo-patológicas),

⁴⁸ Si bien el término “psicoterapia” es creado por Tuke en 1872, es común encontrar en la bibliografía especializada referencias a dicha expresión para referir a diferentes formas de tratamiento de las enfermedades mentales en las sociedades primitivas, antiguas (Mayas y Aztecas, Babilonios, Griegos, Romanos, etc.), en la Edad Media, en el Renacimiento, o en la Modernidad.

⁴⁹ Si bien el *alienismo* era considerado como la rama de la medicina encargada del estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, es necesario comprenderlo como una modalidad de *higienismo médico* que busca disciplinar el cuerpo del enfermo mediante su higienización, controlando sus hábitos y su pensamiento, puesto que la locura era entendida como un desequilibrio respecto de los elementos de la naturaleza, como el resultado de una mala higiene, o el efecto de un mal manejo de los elementos y fuerzas que inciden, desde lo físico y lo moral, en la vida humana. "Es fácil ver que un trabajo didáctico sobre una enfermedad que abarca lo físico y lo moral del hombre, así como las relaciones que él tiene con la naturaleza entera, debe necesariamente convocar un número mayor de conocimientos que si se tratase de una simple fiebre o de alguna otra afección local de nuestros órganos" (Fodéré, 1817, citado en Vallejo, 2011, p. 230).

⁵⁰ Es interesante señalar que, en sus comienzos, el concepto de psiquiatría refería tanto a una disciplina clínica como a una psicoterapia, lo que ubicaría a la dimensión terapéutica en un lugar central en el desarrollo de la disciplina psiquiátrica.

relacionada al disfuncionamiento del cerebro (senilidad, arteriosclerosis, tumores cerebrales, encefalitis, etc.).

Cabe consignar que, si bien a partir de las obras de Pinel, Griesinger y Kraepelin se iría trazando con fuerza la influencia de un enfoque anatómico (empirista) en el estudio de las enfermedades mentales, es importante notar la influencia que la filosofía racionalista de Kant (1798) habría tenido sobre la psiquiatría en tanto que le proporcionó una definición de la *locura* entendida como un trastorno de la razón, que denominó *sensus privatus* (terquedad lógica), a la vez que contribuyó con una sistematización de la organización categorial-diagnóstica de las enfermedades mentales.⁵¹ Con todo, esta articulación racionalista-empirista parecería presentar ciertos problemas prácticos, en particular sobre la terapéutica, pues, como señala Pinel en *El tratado médico-filosófico de la enajenación del alma, o manía* (1804), la locura sería una perturbación de la razón y no una pérdida completa de la misma, como planteaba Kant en su *Antropología en sentido pragmático* (1798).

Frente a este problema, Pinel consideraba central dar sentido a la locura reconociendo la necesidad de devolverla al corazón de lo posible humano, es decir que ella tendría su arraigo en una organización subjetiva (Solé Plans, 2016). En este sentido, según Pinel, el *tratamiento moral* sería el más adecuado para dicho fin en tanto que no descartaría

(...) los aspectos éticos de las pasiones, proponiéndose eliminar o combatir “vicios”, errores y pasiones socialmente inadecuadas, sin olvidar que la autoridad y la ascendencia “moral” del médico ante el alienado se convierten en estrategia fundamental del manejo del loco y de la locura (Huertas, 2010, p. 16).

Según Huertas (ibid.), se recurre al poder de la autoridad médica ante el alienado para desarrollar una terapéutica que entienda que, en la medida en que la alienación está imbricada en la propia razón, el tratamiento psíquico debe considerar que la locura no constituye una pérdida total de la razón, sino un desvarío del espíritu; una contradicción de lo que resta de razón, siendo ésta un punto de apoyo a partir del cual se podría

51 El conocimiento psiquiátrico comienza con las impresiones sensibles (percepciones), prosigue de allí a las concepciones del fenómeno psicopatológico (términos) y culmina con el producto de la actividad mental (ideas), ej. con el diagnóstico psiquiátrico (...) las categorías del diagnóstico psiquiátrico están basadas en los fenómenos psicopatológicos como objetos ideales (...) como es reflejado en el sistema clasificatorio ICD-10 y el DSM V. En contraste, la objetividad de las unidades del diagnóstico médico es definida a través de objetos en sentido absoluto (...) la base del diagnóstico médico y del diagnóstico psiquiátrico es un conocimiento subjetivo (Maeser y Sima, 2010).

establecer algún tipo de relación que permitiese llevar a cabo el tratamiento. Para dicho fin, sería necesaria la articulación de dos tácticas de dominio de la locura, de la (sin) razón: el *asilo* y las *maniobras del médico*, a partir de las cuales el enfermo “se ajustará y debe ajustarse a la caracterización, la localización, el ámbito de aplicación de esa explosión de la fuerza y su desencadenamiento” (Huertas, 2010, p. 16). Dichas maniobras médicas constituyen la terapéutica, en tanto que permiten “subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre” (Foucault, 1973-1974/2007, p. 24).

Ante todo, el principio de la estricta dependencia del enfermo con respecto a cierto poder implica que ese poder “sólo puede encarnarse en un hombre y únicamente en un hombre” (ídem). Este poder absoluto encarnado en la figura del psiquiatra es lo que le permitiría el despliegue de su influjo cuya eficacia debería producir el cambio del “encadenamiento vicioso de ideas” (ídem). La operación terapéutica aquí presentada consistiría, según Milán Ramos y García (2017), en una “teatralización de la confrontación moral” producido entre la pasión o creencia del enfermo y la voluntad racional del médico. Según estos autores, el tratamiento estaría pautado “del lado del médico, por instancias de confrontación, transferencia y restitución de poder, y, del lado del paciente, por momentos sucesivos de resistencia, reconocimiento de su error, confesión, abandono de la creencia, conversión, gratitud y deuda” (ibid., p. 17). En esta descripción del proceso terapéutico moral parecerían estar presentes las cuatro formas de poder que definen la *cura* según Foucault (1973-74): la *dependencia*, la *confesión*, la *inadmisibilidad del deseo* y la *deuda*. De acuerdo con Dunker (2011), “esa cuádruple sujeción disciplinar se reúne y se delimita en una nueva forma de asociación entre cura y verdad. Esta última se localiza ahora en la soberana enunciación del médico y en su práctica de modulación de la realidad” (p. 549).

Retomando a Foucault,

(...) lo importante en esta escena es que sobreviene efectivamente un momento en que la verdad sale a la luz: el momento en que el enfermo reconoce que su creencia (...) era errónea y delirante, cuando reconoce lo ocurrido y confiesa que ha atravesado una serie de fluctuaciones, vacilaciones, tormentos, etc. (Foucault, 1973-1974/ 2007, p. 27).

En este proceso, la cura no aparecería indicada como si de un desarrollo o movimiento se tratara, sino que sería “espontánea”. De hecho, parecería ser concebida como el producto de una demostración de fuerza sobre el enfermo, en la cual no habría

coparticipación ni reciprocidad, y *el lenguaje circularía sin libertad*. Es decir que, si bien habría un lugar para la palabra del paciente, el mismo estaría reservado a las exigencias del médico:

Es preciso, desde el comienzo, que haya un mundo diferencial, un mundo de ruptura y desequilibrio entre el médico y el enfermo, un mundo donde existe cierta pendiente que jamás puede remontarse: en su cima, el médico; en el fondo, el enfermo (ibid., p. 173).⁵²

La necesidad de integrar el lugar de la palabra en el tratamiento, sumado al problema de la delimitación diagnóstica, parecería traer aparejado una variación en el concepto de *método clínico*, ya que, en psiquiatría, a partir de Falret, su delimitación giraría en torno a tres aspectos principales: un *encuadre dialéctico*, una *perspectiva evolutiva*, y un *énfasis en el protagonismo del sujeto*.

En el encuadre dialéctico, Falret destaca la irreductibilidad entre lo físico y lo psíquico, y la necesidad de integrarlos en la comprensión y manejo de la psicopatología. Sin embargo, no se detiene apenas en ese aspecto, pues hace hincapié también en la importancia de articular lo dicho como lo no dicho (Da Cunha Ramos, 2010, pp. 301-302).

De acuerdo con Ey, Bernard y Brisset (1965/1995), tal concepción dialéctica del método clínico fue continuada por Kraepelin durante los siglos XIX y XX, quien pasaría a concebir la enfermedad mental desde un punto de vista diacrónico. Dicho de otro modo, su esfuerzo por estudiar las enfermedades mentales se centraría en la descripción de sus formas sindromáticas exclusivamente desde el punto de vista de su evolución, lo cual permitiría establecer una *tipicidad de estructura*. De esta forma, se apartaba expresamente de la concepción que sostenía que los signos clínicos deberían ser leídos desde una especificidad absoluta, haciendo posible concebir que cada uno de ellos podría estar asociado a etiologías diversas. Según estos autores, este enfoque dinámico en el estudio de las enfermedades mentales habría propiciado una

⁵² “Todas las técnicas o procedimientos de los asilos del siglo XIX –el aislamiento, el interrogatorio privado o público, los tratamientos con carácter de castigo como la ducha, las conversaciones morales (aliento o reprimendas), la disciplina rigurosa, el trabajo obligatorio, las recompensas, las relaciones preferenciales entre el médico y algunos pacientes, las relaciones de vasallaje, de posesión, de domesticidad y a veces de servidumbre entre el enfermo y el médico– tienen por función hacer del personaje médico el 'amo de la locura': quien la hace aparecer en su verdad (cuando ella se oculta, cuando está enterrada o silenciosa) y quien la domina, la apacigua y la reabsorbe luego de haberla desatado con su ciencia” (Foucault, 1973-1974/ 2007, p. 388).

transformación de la psiquiatría durante la primera mitad del siglo XX, produciéndose un viraje del modelo clínico clásico, en el cual, la consideración de los aspectos orgánicos y anatómo-patológicos del proceso morboso perderían cierta vigencia a partir de las consideraciones *psicogénicas* o *psicodinámicas* –consideraciones en las que la influencia de las ideas freudianas parecería haber sido fundamental.

Capítulo 3: Análisis del discurso: teoría y metodología

Dado que esta investigación es de carácter histórico-discursivo, en este capítulo introduciremos los principales conceptos y articulaciones teóricas que nos permitirán pensar el funcionamiento del término *transferencia*. Con este fin, iniciaremos el capítulo mediante una exposición general sobre *análisis del discurso* –término que alude tanto a una perspectiva teórica como a una metodología de investigación–,⁵³ mediante la cual abordaremos los conceptos de *sujeto* e *ideología*, en su relación con los de *interpelación* y *transferencia*. A continuación, nos centraremos en el estudio de algunas escenas en las que se ponen en juego diferentes *maniobras* empleadas por el psiquiatra para producir un efecto sobre su paciente, particularmente la *confesión*, con el fin de seleccionar escenas privilegiadas que nos faciliten el estudio de la transferencia. Ulteriormente, presentaremos nuestra estrategia de análisis de los *trazos lingüístico-discursivos de transferencia*, para lo cual será importante caracterizar la forma en la que ciertos signos clínicos podrían mostrar la *transferencia psiquiatra-paciente*, así como la tensión entre el funcionamiento canónico de la psiquiatría y las contradicciones que podrían presentarse en ese funcionamiento a causa de la transferencia.

3.1 Sobre el análisis del discurso

De acuerdo con Pêcheux (1975/2016), el *análisis del discurso* articula tres regiones de saber: el *materialismo histórico* o *teoría de las formaciones sociales*, la *lingüística* y la *teoría del discurso*, disciplinas que se articulan, a su vez, por una teoría de la subjetividad de naturaleza psicoanalítica (Pêcheux & Fuchs, 1975/ 2014). Ello implicaría una tensión de las fronteras disciplinares, pues, “la cuestión teórica de las materialidades discursivas surge precisamente de lo que, entre la historia, la lengua y el inconsciente, resulta como heterogeneidad irreductible” (Pêcheux, 1980/2016, p. 23). A este respecto es importante notar lo siguiente:

1º) en relación al *materialismo histórico*, Pêcheux, (1983b/2015) considera que:

las “cosas-a-saber” que conciernen al real socio-histórico forman un sistema estructural, análogo a la coherencia conceptual-experimental galileana (...) procuremos medir lo que este fantasma sistémico implica (...) para intentar pensar

⁵³ Como plantea Grau (2018), no es posible separar la dimensión teórica de la metodológica, ya que, el método implica un compromiso con la teoría, por lo que cualquier división teoría/método resultaría forzada y artificial, “dado que el análisis del discurso es usado aquí como método y no meramente como técnica” (p. 19), lo que implica el establecimiento de un objeto de estudio y un campo de experiencia que rige sus condiciones de aplicabilidad, y no una técnica, que “es indiferente y relativamente autónoma a su contexto de origen” (Dunker, 2011, citado en Grau, 2019, p. 19).

los problemas fuera de la negación marxista de la interpretación: esto es, encarando el hecho de que la historia es una disciplina de interpretación y no una física de tipo nuevo (p. 42).

Por ello, Pêcheux considera que la historia no sería la ciencia de los datos históricos que los hechos proporcionan, sino una disciplina encargada de interpretar la materialidad específica de lo discursivo, dada por la inscripción de efectos de sentido en la historia.

2º) en relación a la *lingüística*, Pêcheux (1975/2016) refiere con el término *lengua* al sistema lingüístico “en tanto conjunto de estructuras fonológicas, morfológicas y sintácticas” (p. 90), el cual sería un “prerrequisito indispensable de todo proceso discursivo” (ídem). Ello implica una distinción entre la *base lingüística* y el *proceso discursivo*, pues “el sistema de la lengua es ciertamente el mismo para el materialista y para el idealista, para el revolucionario y para el reaccionario” (ídem); aunque “de allí no resulta, sin embargo, que estos diversos personajes tendrán el mismo discurso: la lengua aparece así como la base común de procesos discursivos diferenciados” (ídem).

3º) en relación al *inconsciente*, localizamos el espacio de su producción entre las determinaciones que interpelan a los sujetos hablantes, que éstos desconocen, y los momentos de fracaso de tales determinaciones: en escenas donde el “ritual” falla (Pêcheux, 1978/2014); al igual que en los momentos en que los sujetos no responden como se espera; o cuando se dice algo más de lo que se querría decir; o cuando se trata de omitir o evitar referir a algún elemento que genere incomodidad. Estas situaciones podrían entenderse como *resistencias*, en tanto que todas ellas parecerían implicar un

(...) no entender o entender equivocadamente; no “escuchar” las órdenes; no repetir las letanías o repetirlas de modo equivocado, hablar cuando se exige silencio; hablar la propia lengua como una lengua extranjera que se domina mal; cambiar, desviar, alterar el sentido de las palabras y de las frases; tomar los enunciados al pie de la letra; desplazar las reglas en la sintaxis y desestructurar el léxico jugando con las palabras (Pêcheux, 1982, p. 17).

Según Pêcheux (1983a), su modelo de análisis discursivo se habría desarrollado en torno a tres momentos o épocas: en *la primera* de ellas, el análisis del discurso es caracterizado como la exploración metodológica de *una máquina discursiva* estructural, lo que implicaría un proceso de análisis de una *máquina autodeterminada*, “de tal modo que un sujeto-estructura determina los sujetos como productores de sus discursos: los sujetos creen que 'utilizan' sus discursos cuando en verdad son sus 'siervos' asujetados,

sus 'soportes'" (ibid., p. 311). Dicha afirmación conllevaría a suponer la existencia de "un corpus cerrado de secuencias discursivas en un espacio discursivo supuestamente dominado por condiciones de producción estables" (ibid., p. 312). En la *segunda época*, al notar que el propio análisis de esta máquina permite establecer en el discurso relaciones de fuerza desiguales entre distintas *máquinas discursivas*, Pêcheux (ibid.) empieza a considerar la existencia de influencias desiguales de una *máquina* sobre las otras, lo cual le permitiría afirmar, a partir de una lectura foucaultiana, que cada una de ellas constituiría una *formación discursiva* (FD), en tanto que "una FD no es un espacio estructural cerrado, pues está constitutivamente 'invadido' por elementos que vienen de otro lugar (esto es, de otras FD) que se repelen en ella, proporcionando sus evidencias⁵⁴ discursivas fundamentales" (ibid., p. 314). De este modo, ya no se hace foco sobre una máquina cerrada, sino que comienza a realizarse un estudio de las relaciones entre las máquinas discursivas, lo que lleva a introducir el concepto de *interdiscurso*.

⁵⁴ Cuando analizamos el discurso es posible dar lugar a "evidencias" específicas, producto de la se interrogación del discurso, ya sea cuando se hace presente un "sentido" o cierto (dis)funcionamiento discursivo. En principio, el discurso se presentaría bajo una "homogeneidad" que opera "bajo la forma de lo preconstruido (unidad de la 'institución', unidad del 'autor', unidad del 'tema', unidad del 'periodo'; con ello se abre una discusión epistemológica que anuda el problema de 'la unidad' en la investigación con el funcionamiento general de 'la evidencia'/'lo evidente' en tanto mecanismo ideológico" (Aguilar; Glozman; Grondona y Haidar, 2014, s. n). Lo "evidente" no es algo intuido por un mero encuentro con un dato de la experiencia, ni la afirmación de algo ya sabido. La evidencia es producto de análisis de una unidad definida durante de la investigación, cuyo "resultado" (siempre provisorio) es producto de un proceso de indagación y de análisis (ibid.). En este sentido, para el análisis discursivo el recorte de los materiales no es un mero punto de partida ni permite "encontrar" evidencias, en el sentido de considerarlas como algo ya dado, como algo que veo evidentemente ante mí, una "Evidenz" (Husserl, 1929). Las evidencias se producen en el movimiento de las interrogantes que emergen en el trabajo, por lo que la evidencia surge de una comprensión *intelligo*, como "Einsicht" de las interrogantes (Husserl, 1929). Tales cuestionamientos obligan al investigador a poner en juego un conjunto complejo de supuestos y referencias teóricas y epistemológicas, que permiten "inquietarse ante lo 'dado de antemano'" (ibid.) –el "dato"- y producir una "evidencia" mediante el análisis y cuestionamiento de ese "dato" en su relación con el discurso. Entendemos, entonces que, para la producción de conocimiento, no puede haber análisis del discurso -ni pregunta por el "sentido" del discurso- partiendo simplemente de algo dado, de comprender las unidades del discurso como una especie de "sense-data", sin que se hace fundamental explicitar la teoría del discurso, pues allí donde no hay teoría "opera la ideología que acompaña el "Pensamiento Tecnocrático" (ibid).

La teoría del discurso que sustenta la perspectiva que presentamos –y en este punto, en particular, abrevamos en los trabajos de Pêcheux (1975) y de Pêcheux y Fuchs (1975)– involucra una lectura a contrapelo de las perspectivas enunciativas que colocan al "yo" en el lugar de "fuente" y/o "origen" del sentido. Tales perspectivas son leídas como un componente –epistémico– de las aproximaciones liberales. El "yo" es comprendido, entonces, no como "amo" de la palabra sino como efecto imaginario del mecanismo de reconocimiento-sujetamiento que opera en los procesos de constitución del sentido. Ciertamente, tal imaginario tiene efectos materiales en el discurso: para incorporar la dimensión enunciativa (...) (ibid.). Si bien el investigador está bajo el efecto de tales mecanismos, el análisis crítico del discurso, en particular de su disfuncionamiento, fisuras, alteraciones, etc. permite interrogar e interrogarse ante aquello que se analiza, de modo que la propia teorización pasa por un proceso dialéctico de "ruptura" del imaginario que permite construir la teoría, mostrando su "torción", sus fisuras, el juego de oposiciones, de contradicciones, de tensiones.

Dicho concepto es introducido

(...) para designar “un exterior específico” de una FD en cuanto este irrumpe en esta FD para constituir la en un lugar de evidencia discursiva, sometida a ley de la repetición estructural cerrada: el cerramiento de la *maquinaria* es conservado, al mismo tiempo en que es concebido entonces como un resultado paradójico de la irrupción de un “más allá” exterior e interior (ídem).⁵⁵

Mientras que en la primera época el sujeto del discurso era considerado un efecto del asujetamiento de la *maquinaria* de la FD con la cual se identifica –por lo que la cuestión del sujeto de la enunciación sería colocada en los términos de una ilusión del *ego-yo (moi-je)*; como el resultado del asujetamiento de los *aparatos ideológicos del Estado* y de la ilusión subjetiva producida por la ignorancia de las causas que nos determinan (íbid.)–, la segunda época del análisis del discurso

(...) obliga a descubrir los puntos de confrontación polémicos en las fronteras internas de la FD, las zonas atravesadas por toda una serie de efectos discursivos, tematizados como efectos de ambigüedad ideológica, de división, de respuesta pronta y de réplica “estratégica”: en el horizonte de esta problemática aparece la idea de una especie de vacilación discursiva que afecta dentro de una FD las secuencias situadas en sus fronteras, hasta el punto en que se torna imposible determinar por cual FD ellas son engendradas (íbid., p. 314).

El estudio de los puntos de confrontación de las fronteras internas de la FD no sólo hace que Pêcheux se tope con un límite propio del concepto de *máquina* estructural, sino que daría lugar a una tercera época de análisis discursivo, en la cual se deconstruiría el modelo inicial y se introduciría el concepto de *máquina paradójica* (íbid.). A partir de allí, Pêcheux (1983a) comienza a considerar que *es imposible realizar un Análisis Discursivo (AD) siguiendo un conjunto de etapas predefinidas*, porque, por un lado, se habría producido en dicha época una desestabilización de las garantías socio-históricas, haciendo imposible asegurar de antemano la pertinencia de una teoría y los procedimientos que habilitarían a la construcción empírica de un corpus fundado en aquellas. Por otro lado, el AD introduce una interacción acumulativa de momentos de *análisis lingüístico* con momentos de *análisis discursivo*. Ello implica

(...) tener en cuenta la incesante desestabilización discursiva del “cuerpo” de las reglas sintácticas y de las formas “evidentes” de secuencialidad (...); ella supone la *reinscripción de los trazos de estos análisis parciales en el interior del campo discursivo analizado en cuanto corpus*, acarreado una reconfiguración de este campo, abierto simultáneamente a una nueva fase de análisis lingüístico-discursiva: la producción “en espiral” de reconfiguraciones del *corpus* viene a *escandir* el

⁵⁵ Las itálicas pertenecen al autor.

proceso, produciendo una sucesión de *interpretaciones* del campo analizado⁵⁶ (ibid., p.316).

3.1.1 Principales nociones discursivas

El modelo de análisis de discurso propuesto por Pêcheux funciona en torno a dos *mecanismos discursivos* básicos: el *efecto de incrustación del pre-construido* y el *efecto de sostén o articulación* (Pêcheux, 1975/2016). El *efecto de pre-construido* es un término utilizado para designar un objeto que se presenta ante el pensamiento al modo de una construcción anterior, exterior e independiente a éste, por oposición a aquello que es “construido” por el pensamiento o por/en la cadena sintáctica. Su función es producir un desfase entre dos órdenes de pensamiento, generando la ilusión de que es posible concebir un objeto presente “siempre-ya-ahí”, como “un elemento que impone sentido en el discurso bajo la forma de cierta visión de la 'realidad'” (Pêcheux, 1975/2016, p. 96).⁵⁷ Se trata de un *mecanismo discursivo* del *interdiscurso* que incide sobre el *intradiscurso* como si este elemento ya se encontrara allí de antemano. El *pre-construido* remite así a “la evidencia” a través de la cual el sujeto se presenta *como si fuera autónomo*,

(...) ve darse los objetos de su discurso: “lo que cada uno sabe” y simultáneamente “lo que cada uno puede ver” en una situación dada. Es decir, que se constituye, en el seno de una FD, un *sujeto universal* que garantiza (...) lo que cada uno conoce, puede ver o comprender⁵⁸ (Courtine, 1981).

El segundo mecanismo discursivo denominado “*efecto de sostén*” consiste en un pensamiento evocado lateralmente, el cual opera como soporte del pensamiento contenido en una proposición por medio de la implicación de dos propiedades. Este mecanismo articula las distintas proposiciones en el discurso de un sujeto. A diferencia del efecto de pre-construido, que proporciona el objeto “como si” fuera externo al pensamiento (como una preexistencia), la *articulación* puede ser caracterizada como el “retorno del saber en el pensamiento”; aquello que dice qué pensar de un término o

⁵⁶ Las itálicas pertenecen al autor.

⁵⁷ Pêcheux introduce este *mecanismo discursivo* mediante el análisis de la presuposición de existencia que implican ciertas construcciones gramaticales. Así, un enunciado como “Aquel que descubrió la órbita elíptica de los planetas murió en la miseria” (= “Kepler murió en la miseria”) implica, de un modo extraño, la existencia de su denotación, pero no como una afirmación, ya que su contradictoria es “Kepler no murió en la miseria” y no “Kepler no murió en la miseria o Kepler no existió”. Se trata de un extraño efecto que Frege relega al ámbito de las lenguas naturales, como una imperfección de las mismas, bien que reconozca que este efecto no está ausente en el formalismo matemático, aunque considere que, en principio, debe poder eliminarse del mismo (Pêcheux, 1975/2016). La presuposición queda relegada, para Frege, al estatus de una mera adición psicológica, “un fastidioso hábito”, propio de los hablantes de las lenguas naturales. (Karczmarczyk, 2012, p. 10)

⁵⁸ Las itálicas pertenecen al autor.

propiedad, siendo la *metonimia* una de sus modalidades, en tanto que ella posibilita la articulación de cierta tentativa de regular una perturbación discursiva o reconstruir sus condiciones de aparición (Pêcheux, 1984). De esta forma, la *metonimia* constituye una forma de *discurso transverso*, en tanto que hace posible la articulación de la parte con el todo, de una secuencia que atraviesa verticalmente a otra, estableciendo una sintagmatización del discurso, generando un efecto en el eje del intradiscurso (Pêcheux, 1975/2016).

La presencia de la *metonimia* nos obliga a preguntarnos por las funciones de la *metáfora* y la *paráfrasis* en el discurso. Para Pêcheux (1984), la *metáfora* aparece fundamentalmente en aquellos puntos donde ocurre una perturbación que puede introducirse bajo la forma de un lapsus, un fallo, un efecto poético o un enigma. En relación con la *paráfrasis*, Pêcheux (1975/2016) considera que el sentido existe bajo la forma de ciertas invariantes parafrásticas históricas, las cuales indican *invariantes variables históricamente determinadas*, lo que permite considerar la inscripción de la paráfrasis como una inscripción históricamente dada.

Como base de sus planteos teóricos, Pêcheux (1988/ 2014) toma la tesis básica de Althusser que articula las nociones de *sujeto* e *ideología*. Para este último, “la ideología es una 'representación' de la relación imaginaria entre los individuos y sus condiciones de existencia” (1989, p. 197). Ella permite articular relaciones de dominación, de sujeción, que reproducen u “orientan” las relaciones sociales por una serie de rituales materiales definidos.

Las “ideas” de un sujeto humano existen en sus actos, o deben existir en sus actos; y si ése no es el caso, le presta otras ideas que correspondan a los actos (incluso los perversos) que realice. Esta ideología habla de actos: nosotros hablaremos de actos insertos en *prácticas*, y subrayaremos que estas prácticas están normadas por *rituales* en los que estas prácticas se inscriben, en el seno de *la existencia material de los aparatos ideológicos de estado* (ibid., p. 199).

En todo este esquema, comprobamos que la representación ideológica de la ideología está obligada a reconocer que todo “sujeto” –dotado de una “conciencia” y creyente en las “ideas” que le inspira su “conciencia” que libremente acepta– debe *actuar* conforme a sus *ideas* e inscribir en los actos de su propia práctica material sus propias ideas de sujeto libre. Si no lo hace así, “eso no estaría bien” (ídem).

Según Pêcheux (1975/2016), ello significa que los individuos, en tanto *sujetos*, tienden a comportarse de tal o cual modo, según cómo adopten tal o cual comportamiento práctico en su vida, y de acuerdo a cómo participen en las *prácticas*

normadas del aparato ideológico, de las que dependen las ideas que “han elegido conscientemente”. Según este autor, debajo de la pretendida “evidencia” de la existencia de un yo radicalmente consciente de sus actos, se produciría un proceso de *interpelación-identificación* que daría origen al sujeto en el espacio vacío. El sujeto, al ser interpelado, queda determinado por la evidencia de la constatación que moviliza, pero que también enmascara la “norma” identificatoria.

Esta conceptualización del *sujeto* propuesta por Althusser (1989) nos permite aseverar que toda ideología tiene como función *constituir en sujetos a los individuos concretos*. Es decir que la eficacia ideológica giraría en torno a la ilusión de que todo individuo tendría garantizado su carácter de *sujeto*, siempre y cuando participe ininterrumpidamente de los rituales de reconocimiento ideológico. En este sentido,

(...) la categoría de sujeto es constitutiva para la ideología, en la medida en que la misma no existe sino constituyendo en sujetos a los individuos, los cuales son interpelados en tanto sujetos concretos. La ideología funciona así, de tal modo, que “recluta” sujetos entre los individuos (los recluta a todos) mediante la precisa operación que llamamos *interpelación*, la cual puede presentarse con una trivial *interpelación policial* (o no) de cualquier día: “¡Eh, vosotros, allá!” (Althusser, 1989, p. 202).

En relación a la *interpelación*, a partir de la obra de Pêcheux, es posible considerar que la misma

(...) se trata de una “ilustración, de un ejemplo sometido a un modo de exposición particular, “lo bastante concreto como para que sea reconocido, pero suficientemente abstracto para que sea pensable y pensado, dando lugar a un conocimiento”. Esta figura, a la vez religiosa y policial (“Tú, por quien derramé esta gota de sangre”/ “¡eh, usted, oiga!”), tiene en primer lugar el mérito, en virtud del doble sentido del término “interpelación”, de volver tangible el lazo superestructural –determinado por la infraestructura económica– entre el aparato *represivo* de Estado (el aparato jurídico-político que distribuye-verifica-controla “las identidades”) y los aparatos *ideológicos* de Estado, esto es: el lazo entre el “sujeto de derecho” (aquel que entra en relación contractual con otros sujetos de derecho, sus iguales) y el sujeto ideológico (aquel que dice, hablando de sí mismo, “¡soy yo!”) (Pêcheux, 1975/2016, p. 137).

Al ser interpelados, los *individuos* se vuelven *sujetos*, en tanto que se identifican con los *aparatos ideológicos de Estado* (AIE), con el conjunto de instituciones estatales, las cuales funcionan de forma predominantemente ideológica, lo que significa que están atravesadas por “las formaciones discursivas que representan en el lenguaje las formaciones ideológicas con las que ellos se corresponden” (Pêcheux, 1988/ 2014, p. 161). Por *formación discursiva* debemos entender a “aquello que, en una formación

ideológica dada, esto es, a partir de una posición dada en una coyuntura dada, (...) determina lo que puede y debe ser dicho” (Pêcheux, 1975/2016, p. 142). Y en tanto las *formaciones discursivas* determinan lo que puede ser dicho, podemos considerar que, según Orlandi (2005), existe un estrecho vínculo constitutivo entre el decir y sus condiciones de producción, siendo tal relación de *sobredeterminación*. Esto es, que el discurso posee una materialidad doble: histórica y lingüística, siendo ambas indisociables a la hora de producir un sujeto del discurso y aquellos sentidos que lo vehiculizan (Malán, 2017).

En la medida en que los sujetos se inscriben discursivamente, es posible afirmar que “la teoría del discurso no es una teoría del sujeto antes de que éste enuncie, sino una teoría de la instancia de la enunciación que es, al mismo tiempo e intrínsecamente, un efecto del enunciado” (Parret, 1983, citado en Maingueneau, 1989, p. 33). Estudiar el efecto del enunciado implica estudiar la “*unidad de comunicación elemental, una secuencia verbal investida de sentido y sintácticamente completa, [que] es la frase*”⁵⁹ (Charaudeau & Maingueneau, 2006, citado en Malán, 2017, p. 20), lo que permitiría hacer foco en el efecto de las *resistencias*, así como en los mecanismos discursivos antes referidos: el *efecto de pre-construido* y el *efecto de sostén*.

3.2 La escena de la interpelación del sujeto y su relación con la transferencia.

La identificación de “escenas” permite dos niveles de acceso y análisis del corpus: uno inicial, más empírico-descriptivo y el otro interpretativo-teórico. La descripción de elementos de la enunciación o de la “escena enunciativa” componen el material lingüístico-discursivo que servirá como material o fundamento para proponer hipótesis sobre el funcionamiento de la interpelación y la transferencia.

En el apartado 1.4.1, al referir a la primera referencia histórica de la transferencia, dada en 1895 por Breuer y Freud, podemos observar que, en la definición del concepto, se alude a una escena:

Origen de un cierto síntoma histérico era, en una de mis pacientes, el deseo que acariciara muchos años atrás, y enseguida remitiera a lo inconsciente, de que el hombre con quien estaba conversando en ese momento se aprovechara osadamente y le estampara un beso. *Pues bien, cierta vez, al término de una sesión, afloró en la enferma ese deseo con relación a mi persona; ello le causa espanto, pasa una noche insomne y en la sesión siguiente, si bien no se rehúsa al tratamiento, está*

⁵⁹ Las itálicas pertenecen a la autora.

por completo incapacitada para el trabajo (Breuer y Freud, 1893-1895/1992, pp. 306-307; la *itálica* es mía).

Desde un punto de vista *descriptivo-empírico-fenoménico-comunicativo*, reducimos o determinamos “empíricamente” a la escena, a partir de la localización y descripción de sus elementos, entendiendo a la escena como una situación que ha “de tener como base una interacción humana, o al menos una pasión” (Hegel, 1835/1908, p. 484). Dicha situación no se debe identificar necesariamente “con una escena de teatro, sino con el ring en donde se desarrolla un 'match de boxeo',⁶⁰ en una aproximación psico-social del 'conflicto político' como confrontación inter-individual” (Courtine, 1981, s. n). Según Courdresses,

Si aceptamos que todo discurso (...) reviste una función esencialmente problemática, y que es un medio de acción, lo que va a llamar nuestra atención son sus procedimientos de producción en la interacción, sus finalidades, sus estrategias en función de la situación de los interlocutores, de las fuerzas políticas presentes y de los objetivos que persigue (Courdresses, s.f., en Courtine, 1981, s. n).

A nivel *interpretativo-teórico*, ya estamos en camino de identificar, en la escena paradigmática presentada por Freud, determinadas marcas transferenciales, en la medida en que se plantea que “la enferma se espanta por transferir a la persona del médico las representaciones penosas que afloran desde el contenido del análisis. (...) La transferencia sobre el médico acontece por *enlace falso*”⁶¹ (Breuer y Freud, 1893-1895/1992, p. 306). De este modo, la escena permitiría dar lugar a la escenificación del sufrimiento, mediante la cual da lugar a una narrativa de sufrimiento que articula una demanda de reconocimiento (Dunker, 2015).

Ante tal demanda de reconocimiento, es posible pensar esta escena como una *escena enunciativa*, lo que permitiría integrar el nivel *descriptivo al interpretativo*. Dicha escena se caracterizaría por constituir un modo específico de acceso a las palabras, dadas las relaciones existentes entre las figuras de la enunciación y las formas lingüísticas (Guimarães, 2014). De esta forma, la escena enunciativa se volvería “una especificación local en el espacio de enunciación, un espacio particularizado de *agenciamiento del hablante en locutor*”⁶² que distribuye lugares de enunciación”⁶³ (ibid., p. 58), y que establece “configuraciones específicas del agenciamiento enunciativo para

⁶⁰ La referencia al “match de boxeo” permite hacer foco en el conflicto, aunque éste puede ser dado no sólo en relación a los demás, sino también con uno mismo.

⁶¹ Las *itálicas* pertenecen a los autores.

⁶² Se refiere a un lugar enunciativo en el cual quien habla asume ciertos enunciados (Guimarães, 2013)

⁶³ Las *itálicas* nos pertenecen.

'aquel que habla' y 'aquel para quien se habla'. No se trata de personas, sino de 'lugares constituidos por los decires'" (Guimarães, 2002, citado en Guimarães, 2014, p. 58) que marcan la inserción de una "situación' de comunicación" (Charaudeau y Maingueneau, 2006, p. 95), en la que la enunciación tiene lugar en un espacio instituido.

En relación a esta escena enunciativa, es posible ver en aquella referida por Freud el lugar de una autoridad (de Freud) –hacia quien se habla–, a la cual la paciente se dirige, interpelada por su presencia. Por ello, para pensar la relación entre transferencia e interpelación presente en la escena enunciativa, analizaremos el enunciado empleado por Althusser: “¡Eh, vosotros, allá!” (Althusser, 1989, p. 202). Podemos afirmar que tal enunciación marcaría el agenciamiento de un hablante en locutor –como lugar social de autoridad– que hace que aquello que se dice sea enunciado como si procediese de un enunciadador universal (Guimarães, 2014), que se dirige a un individuo –también considerado universal–, el cual, a partir de allí, se verá involucrado en una escena que lo interpela, ante lo cual responde:

Si suponemos que la escena teórica imaginada acontece en la calle, el individuo interpelado se vuelve. Y mediante este simple giro de 180 grados se convierte en sujeto. ¿Por qué? Porque ha reconocido que esa interpelación se refería exactamente a él, y que “era precisamente él, el interpelado (y no otro)” (Althusser, 1989, p. 202).

Nótese que al decir “¡Eh, vosotros, allá!”), dicha expresión se convierte en una sentencia asertórica que produciría, en el enunciar, un acto de habla (Austin, 1962/1982), el cual posee un *carácter locutivo* –por el solo hecho de que se dice algo- y un *carácter ilocutivo* –en tanto que dicho acto de habla conlleva una finalidad, una intención que se articula en cierto contexto de enunciación. La fuerza ilocucionaria que se articula al proferir dicho enunciado obliga a que sea realizada una acción determinada. Ante ese acto de habla, otro, que escucha, giraría 180 grados, y, al hacerlo, generaría un *efecto perlocucionario* (Austin, 1962/1982), que se produce como efecto de ese decir, y que da lugar a una acción (el giro) que articularía un posicionarse como sujeto ante ese otro que encarna cierta posición de poder.

En la *escena de la interpelación* –en tanto que la misma consiste en un sujeto que responde a un agente que representa a la autoridad– es posible localizar el momento teórico en el que el concepto psicoanalítico de *transferencia* podría articularse con la teorización althusseriana, en tanto que mediante aquella parecería recuperarse, según Butler –afirma Martínez (2015)–, “otra forma de pensar esta escena de interpelación. La

autora dirige su foco de interés al concepto de *transferencia* para referir a las presunciones tácitas sobre la comunicación y la relacionalidad que se recrean en cada encuentro entre sujetos” (p. 205). Al apropiarse del concepto de *transferencia* en términos de estructura, Butler *permitiría articular la transferencia en la escena de interpelación*, “en la que el yo es estructurado en –y por– esa escena que se pone en marcha en cada encuentro con el otro” (ídem), en el cual, subyace “la recreación de esta relacionalidad primaria. Es así que se ponen en juego y se reactualizan formas previas y arcaicas de interpelación” (ídem).

Según Pêcheux (1975/2016), el yo es capaz de interpelar al otro, sólo en la medida en que, previamente, haya sido interpelado por el otro (primordial); un otro que zanjó un lugar que luego ocuparán otros. Según Martínez (2015), estos otros “actuales” reproducen aquella escena primordial, siendo aquellos a quienes, efectivamente, el yo dirige su narración. En este sentido, para que el yo pueda efectuar su interpelación, es preciso concebir al otro como preexistente a aquél. Según este autor,

Para Butler, en el contexto de la transferencia, el otro “actual” me interpela y así me constituye como sujeto. Dar cuenta de uno mismo no es sin el otro, uno mismo está implicado en el otro, el otro está en mí, es mi inconsciente: esa opacidad que fragmenta la coherencia del relato. Entonces, la transferencia, o escena de interpelación, produce una desposesión respecto a mí mismo (Martínez, 2015, p. 205).

Nótese que nos encontramos ante un sujeto que, desde el lugar del saber, como un Otro, articula un decir que obligaría a actuar. Dicho de otra forma, el Otro dirige una demanda al individuo con la finalidad de que éste se identifique con aquella, identificación que sería expresada mediante una acción (girar) y que lo torna sujeto. En dicha escena se articularía la transferencia, en tanto que el *agente* parecería encarnar un lugar de saber (Otro), que dirige su decir a un otro, el cual, a fin de hacerse reconocerse ante el Otro, tenderá a actuar en función de su demanda, repitiendo con ello cierto modo de goce.

Dado que, para Butler, en el contexto de la transferencia, el Otro es quien interpela al individuo en sujeto, consideramos necesario analizar la escena de la interpelación mediante el estudio del enunciado “¡Eh, usted!”, en un contexto determinado. Si insertamos este enunciado en la *escena de la interpelación*, podremos considerarlo una escena ejemplar sometida a un modo de presentación particular, suficientemente concreta para ser reconocida, pero suficientemente abstracta para volverse pensable y

pensada, permitiendo su conceptualización (Pêcheux, 1975/2016). En la medida en que esta frase es articulada a un discurso, podemos concebirla como *estructura y acontecimiento* (Pêcheux, 1983b/2006), en tanto que fundaría un “punto de encuentro” entre un enunciado y su enunciación. La inclusión del acontecimiento en la estructura permitiría, según Behares

(...) hacer de ésta una estructura abierta, viva y ligada a los avatares del sentido-sin sentido, pero además incorpora la flexión del *real del sujeto*, su falta y contingencia, ampliándose así hacia una dimensión psicoanalítica que siempre estuvo incluida, aunque no instrumentada en el Análisis del Discurso⁶⁴ (2008, p. 25).

La cuestión teórica que coloco es, pues, la del estatuto de las discursividades que trabajan un acontecimiento, entrecruzando proposiciones de apariencia lógicamente estable, susceptibles de respuesta unívoca (es sí o no, es x o y, etc.) y formulaciones irremediabilmente equívocas (Pêcheux 1990, citado en Behares, 2008, p. 25).

Entonces, al analizar el enunciado “¡Eh, usted!”, podemos reproducir, por lo menos en parte, la estrategia desarrollada por Pêcheux (1983b/2006) para entender los modos en que la transferencia podría encontrarse articulada en la escena de la interpelación.

Cuando Althusser elige el enunciado “¡Eh, usted!”, para presentar en forma simplificada la *escena de la interpelación*, lo hace porque dicho enunciado puede ser empleado en diversos contextos enunciativos⁶⁵ y, además, porque sin importar en qué contexto se presente, en todos los casos parecería funcionar de un modo análogo, es decir, posee una eficacia tal que logra interpelar a diferentes individuos, en distintas situaciones, a que actúen o respondan.⁶⁶ En estas situaciones, las acciones producidas por el *acontecimiento* serían perfectamente visibles, ya que, si bien los individuos tienden a responder a la interpelación de manera involuntaria, sin pensarlo y de formas similares, al mismo tiempo, también podrían responder de formas “imprevisibles”, ya que, si bien la escena de la interpelación parecería repetirse día a día, la respuesta ante la interpelación podría ser diferente a la esperada. “Los sujetos 'avanzan' y avanzan solos

⁶⁴ Las itálicas pertenecen al autor.

⁶⁵ Este enunciado se puede articular en la situación de un hombre que camina distraído, se le cae un billete, y entonces se le dice: “¡Eh, usted!”; lo puede gritar un policía a un delincuente que intenta robar una casa: ¡Eh, usted!; o lo puede decir un hombre a otro que lee en la playa, para que este deje de leer y le devuelva una pelota: “Eh, usted!”; o lo puede decir un niño a un adulto: “Eh, usted! ¿Dónde está mi mamá?”.

⁶⁶ Por ejemplo: Se habla, se detiene la marcha, alguien se agacha, otro busca un billete, aquel se mueve para alcanzar una pelota, etc.

en la inmensa mayoría de los casos a excepción de los 'malos sujetos'" (Althusser, 1989, p. 204).

La irrupción del "mal" en la escena de la interpelación parecería estar asociado al *desvío*, al *extravía*,⁶⁷ a lo *a-normal*, al *delirio* (salirse de la línea), a lo nuevo, a lo no esperado⁶⁸. En la escena presente en el texto de Freud (ver página 65) es posible señalar un acontecimiento: el momento en que "afloró en la enferma ese deseo con relación a mi persona" (Breuer y Freud, 1893-1895/1992, p. 307). Allí, el acontecimiento discursivo "se presenta en lo factual bajo la forma de la 'interacción' [que] se instancia gracias a una *ilusión de transparencia interactiva*, con sujetos psicológicos o unidades egoicas autónomas, en el *Imaginario*"⁶⁹ (Behares, 2008, pp. 27-28). El hecho de que el acontecimiento se presente bajo la modalidad de una *ilusión de transparencia interactiva* podría llevarnos a concebir a *la transferencia como un acontecimiento, en la medida en que ella estaría ligada tanto a la repetición como a la irrupción de la novedad*.

3.3 Confesiones: Religión, Justicia, Psiquiatría

A la hora de pensar la articulación del concepto de transferencia en la escena de la interpelación, consideramos esencial enfocarnos en el estudio de distintas escenas en las que se pongan en juego las maniobras empleadas por el psiquiatra sobre el paciente, consistentes en la indagación de los elementos clínicos de la enfermedad, y las formas en que se "orienta" al paciente a la readaptación social, mediante preguntas, sugerencias, persuasiones y amenazas.

De acuerdo con Foucault (1979-1980/2014), *el interrogatorio clínico tiene sus raíces en la antigua práctica de la confesión*, en la cual ocurriría una "verbalización de las faltas cometidas (...) que debe hacerse en una relación institucional con un interlocutor que es el confesor" (ibid., p. 126), el cual está "calificado para escuchar,

⁶⁷ El concepto *extravía* remite a la acción o resultado de extraviar o extraviarse, que refiere en su etimología al *desvío*, a salirse del camino, confundirse o perder algo. Es interesante notar que dicho concepto tiene uso en el ámbito religioso (en el cristianismo, judaísmo e islam), relacionado al efecto producido por la debilidad de la fe o la falta de observancia en el seguimiento de las leyes, o las enseñanzas de su Señor. El extraviado está perdido, pues ha caído o cae en el pecado (*peccatum*, *jet*, *khatiya*: delito, falta, o acción culpable), en lo prohibido (*vetiti sunt*, *asur*, *haram*: lo que está fuera de ley, lo no permitido) o en la sinrazón (*insanire*, *iv-veh'-leth*, *jinum*: lo insano, lo insensato, la posesión).

⁶⁸ Por ejemplo, que un delincuente no se detenga, que quien fue a buscar la pelota golpee al otro de un pelotazo.

⁶⁹ Las itálicas pertenecen al autor.

fijar una pena y para otorgar la remisión” (ídem). Por esa vía, la confesión establece un *régimen de verdad* que constituye una “aceptación-compromiso, una adhesión-fidelidad con respecto a ciertos contenidos que deben considerarse verdaderos” (ibid., p. 125) y que obligan a los individuos a actuar conforme a la autoridad de la que emanan. Para ello, se requiere de un “*enforcement*” (ibid., p. 117), esto es, cierta coacción que obliga a decir lo “verdadero” e incluso a decirlo como verdadero, aunque su veracidad no sea demostrable. Según este autor, la condición de la confesión, en tanto régimen de verdad, es que exista un sujeto capaz de decir: “cuando eso sea verdad, y lo sea de manera evidente, me inclinaré” (ibid., p. 121), lo que debería implicar que ese sujeto no esté loco, dado que esa inclinación tendría lugar cuando la verdad se presente como algo evidente a la razón. Sin embargo, Foucault (ibid.) aclara que existe *un* régimen de la locura, el cual constituye también un régimen de verdad, un régimen político y jurídico; la enfermedad posee un régimen propio, un régimen de saber que articula “un régimen político de obligaciones y coacciones” (ibid., p. 125). En la confesión se articularía la dimensión jurídica, en la medida en que la propia escena de la confesión daría lugar a un desafío, a un juego de poder con determinadas normas, preguntas, enigmas y respuestas.⁷⁰ En cualquier caso, “el poder se ejerce, en principio, haciendo preguntas, cuestionando. No se sabe la verdad y procura saberla” (Foucault, 1978/2011, p. 83). Al mismo tiempo, la verdad dicha daría lugar a la reducción de la pena, a la remisión del pecado, al encausamiento del paciente y, por ende, a la remisión de la enfermedad.

En tanto que la confesión no sólo “cura” –en el sentido de la remisión sintomática–, sino que también estaría ligada a una falta cometida, sería posible considerar que, *a nivel religioso*, “la falta es una infracción a la ley natural, a la ley religiosa, a la ley moral” (ibid., p. 96); *a nivel jurídico*, “el crimen o la infracción penal es la ruptura con la ley, ley civil explícitamente establecida en el seno de una sociedad por el lado legislativo del poder político” (ídem); *a nivel clínico-psiquiátrico*, la locura está emparentada a la pasión desbordada, a la sin-razón, al comportamiento fuera de lo normal;

(...) la locura se vuelve en ese *medio* donde se alteran las relaciones del hombre con lo sensible, con el tiempo, con el prójimo; es posible por todo aquello que en la vida y en el devenir del hombre constituye ruptura con lo inmediato (Foucault, 1964/2014, p. 52).

⁷⁰ “La prueba, una característica de la sociedad griega arcaica, aparecerá también en la alta Edad Media” (Foucault, 1978/2011, p. 41).

La locura es considerada entonces como “la naturaleza perdida, (...) lo sensible extraviado, el extravío del deseo, el tiempo desposeído de sus medidas” (ibid., p. 54).

Durante gran parte de la época clásica la locura era considerada como “el error por excelencia, la pérdida absoluta de la verdad, pero a fines del siglo XVIII puede verse las líneas generales de una experiencia, en que el hombre, con la locura, no pierde la verdad, sino su verdad” (Foucault, 1964/2014, p. 64). En consecuencia, desde que Pinel comenzó a considerar que en la locura existía un núcleo de razón, se volvía posible “orientarla” hacia lo esperado (la “normalidad”), mediante un conjunto de procedimientos cargados de religiosidad, inspirados en el *retiro* –asilamiento de la locura en un lugar alejado de los vicios y de los hombres, el manicomio– y la *confesión* –encausamiento de la razón, a lo “razonablemente bueno”, a través del *interrogatorio* y el *tratamiento moral*.

En la dialéctica de la alienación donde la razón se oculta sin desaparecer, *la religión constituye la forma concreta de lo que no puede alienarse*; ella guarda lo que hay de invencible en la razón, lo que subsiste en la locura como seminatural (...). *La religión asegura la vigilancia de la razón sobre la locura*, haciendo así más próximo e inmediato el constreñimiento, existente ya en el confinamiento clásico. Allí, en el medio religioso y moral se imponía desde el exterior, con el objeto de que la locura fuese refrenada (Foucault, 1979-1980/2014, p. 220).⁷¹

Durante el tratamiento, el temor que era introducido en las confesiones religiosas reaparece aunque de un modo renovado, puesto que ya “no se trata de limitar una libertad que se desenfrena, sino de cercar y exaltar la región de la simple responsabilidad, donde toda manifestación de la locura se hallará vinculada al castigo” (ibid., p. 222), con lo cual *la cura quedaría vinculada a un retorno de la consciencia del sujeto a la responsabilidad y, en consecuencia, a la razón* (Foucault, 1964/2014).

3.4 Sobre la estrategia de estudio de los trazos lingüístico-discursivos de transferencia

Dado que en esta investigación buscaremos localizar y abordar *trazos lingüístico-discursivos de la transferencia en la escritura de caso* clínico psiquiátrico, nos parece necesario considerar diferentes escenas en las que la transferencia podría estar aludida, debido a que

la noción de transferencia es contingencial, ya que no es posible garantizar que ella exista o saber exactamente de donde ella partirá y donde se establecerá. A partir del

⁷¹ Las itálicas nos pertenecen.

momento en que acontece, se torna necesaria para que puedan emerger los trazos, trazos identificatorios del sujeto, *vía* repetición (Paulon, 2018, p. 67).⁷²

Estos “trazos de transferencia” podrían ser estudiados en el discurso psiquiátrico a partir del tratamiento moral, considerando la influencia del psiquiatra en la dirección de la cura, combatiendo los “vicios”, errores y pasiones socialmente inadecuadas (Huertas, 2010, p. 16). Esta influencia permitiría que, en las referencias al tratamiento, y gracias a la articulación de ciertos actos de habla –con su consiguiente carga de performatividad y fuerza ilocutiva–, podamos mostrar el fenómeno de la transferencia, ligado a la influencia directa de la voluntad del médico sobre el padecimiento del paciente. Dicha influencia estaría implicada desde el momento en que el psiquiatra es posicionado como un agente del discurso psiquiátrico. La transferencia apuntaría aquí a una relación entre paciente y psiquiatra, mediada por un tercero: el discurso psiquiátrico que oficia como el Otro que garantiza al psiquiatra un lugar de saber-poder-autoridad.

La *transferencia* –por ser un concepto, al mismo tiempo, económico y dinámico– posibilita articular las *modalidades narrativas espacio, lugar y posición*, realizando, así, un *mapeamiento discursivo* de las constantes resignificaciones, presentes en el nivel de la enunciación, que se presentan en la clínica (Dunker, Paulon y Milán-Ramos, 2017). De este modo, ella tiene un papel fundamental en el caso, a partir de la autoría, siendo referencia en su construcción. Es, por ejemplo, a partir de los movimientos transferenciales que tenemos elementos indicativos sobre el diagnóstico y la dirección del tratamiento (Paulon, 2018, p. 64).⁷³

Según Dunker, Paulon y Milán-Ramos (2016), frente a este “*mapeamiento discursivo*” sería necesario caracterizar el *espacio discursivo* que torna posible a los enunciados y delimita un campo de posibilidades en las cuales el sujeto está sometido. En dicho espacio sería posible situar la determinación de *lugares*, “*unidades*”, “*moradas*”, en los que se establecen diferentes modos de presentación de lo real, mediante la instauración de *lugares comunes* (basados en la universalidad) y *lugares específicos* (basados en la particularidad). Dichos *lugares*, a pesar de su diferenciación, tienden a ser presentados como si fueran, cada uno, un *lugar común* capaz de contener e incluir al *lugar específico*, lo que marcaría una *estructura ideológica* que intenta presentar toda *posición* incluida en un lugar y todo lugar en relación al mismo universal representado por el *espacio*, como si éste fuera un todo homogéneo (ibid.).

⁷² Las itálicas pertenecen a la autora

⁷³ Las itálicas nos pertenecen.

Así como el espacio, el discurso se define por sus reglas de formación y por las dimensiones inferidas a partir de sus objetos, por lo que su desplazamiento puede tornar visible a un objeto en determinado espacio y no en otro (ibid.). Por ejemplo, el análisis de “la historia de la locura, el nacimiento de la clínica médica, las formaciones de los regímenes disciplinares u eróticos” (ibid., p. 201), a los que Foucault hace referencia, “equivalen a ciertos espacios compuestos por formaciones discursivas” (ibid., p. 201-202) y tales formaciones discursivas pueden tornar visibles determinados objetos, “como la locura, la enfermedad, o el hombre, etc.” (ibid. p. 202). De acuerdo con estos autores, en las formaciones discursivas es posible ubicar “cisuras” que podríamos denominar como *puntos de discontinuidad*⁷⁴ que establecen “cortes” en el *espacio*, a través de la variación de *posiciones enunciativas*, que marcan cambios de estilo, así como la determinación de distintas escenas, en la que se muestran diferentes grados de distanciamiento entre el sujeto que observa y el objeto observado.

De esta forma, se establece la dimensión de la enunciación y del sujeto producido en/por el discurso, que indica el modo en que se define la posición del sujeto para su inscripción en el discurso y para la individualización de sus personajes (ibid.). Estos últimos están atravesados por una relación que parecería mostrar que el *espacio* pierde su “homogeneidad” ante la interacción, momentos en los cuales sería posible señalar cambios de estilo. Tales variaciones constituirían algunas de las modalidades mediante las cuales podría producirse una “falla en la interacción”, sobre la forma en la que el funcionamiento discursivo debería determinar ideológicamente la posición del sujeto. A partir de allí, resultaría viable pensar en la articulación con la *resistencia* (ver 3.1) como un punto crucial de la *articulación transferencial que marca el posicionamiento del paciente ante el saber* –ya sea desde la oposición a la sumisión, desde la colaboración al comportamiento desafiante, desde el amor u el odio a la indiferencia, etc.–, y también caracterizar la inscripción de la transferencia (trazos transferenciales) vinculada al establecimiento de juicios universales sobre la experiencia, en su posible relación con la

⁷⁴ En un modo similar al planteado por Dunker, Paulon y Milán-Ramos, (2016), Hegel (1805-1806/1984) propone que el *espacio* es la *idea* como ser determinado, cuya determinación establece al espacio como un continuo, en el cual es posible situar *momentos de diferencia*, *lugares* que se establecen como *unidades*, como *moradas*, pues “*algo ocupa un lugar*” (ibid., p. 15). Dichos *lugares* pueden variar de *posición*, la cual se nos presenta en su diversidad, de modo que ella, en su primera dimensión, se establece como *punto*, como *referencia*: “del punto hay que decir tanto que pertenece al espacio como que no pertenece a él” (ibid., p. 8). El punto “conlleva la calidad de comienzo” (idem), pero también un final. En todo caso, el punto es un corte o el comienzo de una *línea* (una sucesión de ideas articuladas), que se nos presenta como “*la primera dimensión del espacio*” (idem).

posible *distanciamiento/ disimulación* de la dimensión de la transferencia en la escritura de caso clínico psiquiátrico.

En cuanto a la posibilidad de caracterizar esta relación entre transferencia, su distanciamiento/ disimulación y racionalidad diagnóstica, es necesario introducir en nuestro análisis una *mirada epistemológica*: si la experiencia da lugar a un saber, es posible que, dada la influencia del *racionalismo kantiano en el desarrollo de la psiquiatría* (Saurí, 1996), dicha relación se sustente en la articulación de una serie de *supuestos idealistas* sobre la información proveniente de los datos sensibles (incluyendo la información de los datos referidos a la interacción con el paciente), así como sobre el papel de un *sujeto universal*.⁷⁵ Estos supuestos pueden ser presentados, de manera aproximativa, a partir de ciertos aportes del texto de Kant: *Antropología en sentido pragmático* –dada la influencia que dicho texto ha tenido en la clínica médica y psiquiátrica–, en el cual expresa: en primer lugar, que “los sentidos no confunden. De quien ha aprehendido, aunque no haya todavía ordenado una multiplicidad dada, no se puede decir que la confunde” (1798/2014, p. 30); en segundo lugar, “las representaciones sensibles son ciertamente anteriores a las del entendimiento” (ídem); tercero, “a las percepciones de los sentidos (...) sólo puede llamárselas fenómenos internos. El entendimiento, que se une a ellas y las relaciona conforme a una regla del pensar (...), es quien hace de ellas un conocimiento, (...) una experiencia” (ídem); y, por último, “los sentidos no engañan (...) no porque los sentidos juzguen rectamente, sino porque no juzgan nunca; razón de que el error pese siempre exclusivamente sobre el entendimiento” (ibid., p. 32). Tal como propone Kant (1798/2014), dado que los sentidos no mentirían ni confundirían, entonces ellos deberían permitir un acceso directo a la experiencia de conocimiento.

Ahora bien, de acuerdo con Saurí (1996), si la experiencia de conocimiento de la psiquiatría *posee un enfoque naturalista de inspiración kantiana*, la observación de los síntomas, al igual que la interrelación con el paciente, debería presentarse como si fuera capaz de expresar la experiencia de manera “objetiva”, llevando y transformando los *inputs* de las sensaciones en intuiciones empíricas (representaciones parciales, inmediatas y formales), y éstas, a unidades, gracias a la articulación de *categorías a priori* (conceptos generales independientes de la experiencia, pertenecientes al

⁷⁵ Este es el campo de problemas que Pêcheux denomina *mito continuista empírico-subjetivista*, que abordaremos más adelante.

entendimiento). A partir de allí, se produciría una síntesis de los contenidos sensibles, unificando representaciones en unidades abstractas que permitan establecer juicios de la experiencia, y de éstos, establecer principios universales mediante la razón.

Así, en la medida en que lo “dicho” o “hecho” por el paciente sea *observable* en *situación*, podría ser articulado en un momento lógico, mediante un proceso de *síntesis*, puesto que, en tanto que sería posible articular categorías fisiológicas a esas intuiciones, se arribaría a una *experiencia* (Saurí, 1996).⁷⁶ La misma parecería emerger a partir del funcionamiento del sistema perceptivo, sugiriendo la idea de que la matriz epistemológica de la psiquiatría permitiría un acceso no conceptualista de los datos de la percepción, entendiendo con ello que no habría necesidad de articular conceptos durante la percepción, dado que los objetos nos serían dados allí (se nos presentan en su forma), aportando una información suficientemente rica para dar lugar a un conjunto de acciones sobre los objetos. En todo caso, los conceptos serían articulados *ulteriormente* a la acción del sistema perceptivo, para dar lugar a la *síntesis* de los contenidos perceptuales.⁷⁷

⁷⁶ Nótese que para Kant (1798/2014), lo sensible no miente, puesto que lo sensible brindaría un material que en su organización (en intuiciones) y en su síntesis (gracias al papel de las categorías a priori) brindaría un acceso objetivo a la verdad del objeto*, de tal forma que la verdad se daría en un proceso con “origen” en la experiencia, desde un “comienzo” que determina que la observación de lo sensible constituya un momento privilegiado de acceso al objeto. Si el fenómeno se nos presenta objetivamente en su forma, ello ocurre, según Kant (/1787/2003), porque el objeto es captado de manera inmediata y es transformado su material sensible en intuiciones, cuya naturaleza es formal, y, por ende, objetiva, y cuyo contenido es no conceptual, independiente de las ideas. Tales intuiciones, de no ligarse mediante el entendimiento, podrían aportar, para Kant (1787/2003), un conocimiento formal del objeto (espacio-temporal) para el “yo pienso”, de modo que realizan un aporte al conocimiento. Pero si estas intuiciones se unen entre sí mediante el papel del entendimiento, ellas se vinculan para dar lugar a unidades, a partir de la articulación de *categorías a priori* (existentes en forma previa a la experiencia), lo que permite realizar la síntesis entre intuiciones y categorías a priori, y posibilita la producción de juicios de la experiencia, juicios objetivos, pues, parten de la articulación de intuiciones con categorías que no se ven afectadas por la experiencia, sino que dan lugar a juicios sobre la experiencia. De este modo Kant jerarquiza la objetividad y refiere a procesos de articulación sensible-inteligible que plantean una continuidad. El problema es que las intuiciones no son de naturaleza conceptual, por lo que, ¿cómo es posible que las categorías, que son conceptos, den lugar a unidades junto a las intuiciones, si las intuiciones no son conceptos y si, como plantea Kant, los conceptos se ligan a conceptos? Es imposible saberlo ya que Kant no realiza mayores precisiones al respecto; simplemente da cuenta de esta relación como si fuera posible articular intuiciones a conceptos, como si existiera una continuidad entre ambos.

* Como reconocen diversos estudiosos, Kant no es muy prolijo al hablar sobre la verdad (e.g. Cicovacki 1995: 199-200; Palacios 2013: 13; Vanzo 2010: 147-148). Las ocasiones en que aborda directamente este tema son contadas: además de un pasaje en la *Crítica de la razón pura* (KrV A57-59/B82-84)³, la mayor parte de los acercamientos al tema se encuentran en ciertos lugares de sus lecciones de lógica, donde la cuestión se tocaba como parte del temario fijado por los manuales de la época (Straulino Torre, 2016).

⁷⁷ Esta conceptualización encuentra antecedentes en ciertas lecturas de la *Crítica de la razón pura* (Kant, 1787/2003), y en la actualidad presenta vigencia en las discusiones sobre la percepción, gracias a los aportes de Hanna (2011), Peláez (2013), entre otros, que retoman las ideas de Kant para pensar que, durante la percepción, no participan conceptos, ya que ella es suficientemente rica para orientarnos en nuestro desempeño absorto.

Sin embargo, tal posición epistémica parecería *disimular*, por un lado, que las *categorías fisiológicas a priori*, a las que refiere la psiquiatría naturalista, no pueden entenderse como las categorías *a priori* del entendimiento referidas por Kant (1787/2003), ya que, si así fuera, no deberían ser afectadas o modificadas por la experiencia, dado que serían independientes a ella. Y si son modificadas a lo largo del tiempo, tal como parecería indicar la escritura de caso, entonces no serían realmente independientes de la *experiencia* del sujeto perceptivo, pues, no serían realmente *a priori* de la experiencia, sino *a posteriori*, categorías que nacerían de una ligazón con la experiencia, construidas en el seno de una comunidad científica, de modo que la observación clínica no podría independizarse de la teoría, salvo mediante una estructura de ficción. Por otro lado, si la sensibilidad tiene un papel central en la observación de la interacción del paciente con el médico, tal observación estaría afectada por el modo en el que ocurre dicha interacción, de tal forma que no sería posible considerar objetiva a la percepción allí implicada, dado que la misma estaría afectada por el modo en que es establecida la relación transferencial con el paciente.

El posicionamiento kantiano se integra a un *dispositivo lógico-enunciativo* ideológico, que establece una continuidad entre situación y propiedad, entre concepto y experiencia, y que se articularía a una *concepción idealista de la ciencia*, la cual podría ser pensada mediante la propuesta de Pêcheux, (1975/2016). Dicho autor, al estudiar el funcionamiento ideal del discurso de la ciencia, propone que el mismo articula una posición filosófica que implica que “el pensamiento y el lenguaje provienen en primer lugar de la experiencia y en segundo lugar de la deducción” (ibid., p. 73). Ello supondría la existencia de una continuidad que iría “de lo 'dado' a lo 'deducido', con la pretensión de que se puede captar bien o mal lo dado, y que se puede deducir bien o mal” (idem), lo que proporcionaría un medio para balizar la separación entre lo que es ciencia y lo que no lo es (ibid.). En este punto, es preciso notar que Pêcheux (ibid.) considera que tal continuidad no es más que una imposición de orden, que permitiría determinar la relación entre lo “concreto” y lo “abstracto”, que exige que cada expresión que se ha formado funcione “como un nombre propio de modo gramaticalmente correcto [que a partir de] signos ya introducidos designe también de hecho un objeto, y que no se introduzca ningún signo como nombre propio, sin que tenga una referencia” (Frege, 1971, citado en Pêcheux, 1975/2016, p. 117). Se introduce así una *concepción idealista* que admite una relación entre *lenguaje de observación* y el *lenguaje teórico*,

que se superpone con total naturalidad a la relación entre situación y propiedad (ibid.), y que introduce un funcionamiento “logicista”.

La “lógica” deviene así el núcleo de la “ciencia”, simultáneamente con la necesaria inadvertencia idealista que postula *la independencia del pensamiento en relación al ser*, en la medida en que toda designación sintácticamente correcta constituye un “objeto” ...de pensamiento, es decir, una ficción lógica reconocida como tal (ibid., p. 117).⁷⁸

Esto lo afirma Pêcheux en relación a la “ciencia de cualquier objeto”, al lenguaje lógico vacío de todo objeto (conceptografía). *El disimulado continuismo entre situación y propiedad garantizaría, en último término, la autonomía de la lógica en relación a la experiencia, la autonomía del pensamiento en relación al ser*. Bajo este modelo “lógico” se subordina lo subjetivo a lo objetivo, puesto que, si suponemos que la participación del pensamiento es capaz de sostener una independencia de la experiencia y una objetividad ante el conocimiento, es posible aseverar, según Husserl, que

(...) *idealmente* hablando toda expresión subjetiva, si se mantiene idéntica la intención significativa que de momento le conviene, puede ser sustituida por expresiones objetivas (...) todo lo que es, es cognoscible “en sí” y su ser es un ser de determinado contenido, un ser que se halla documentado en tales o cuales “verdades en sí” (...) Al ser en sí corresponden verdades en sí, y a estas, a su vez, los enunciados en sí, fijos y unívocos (Husserl, s.f, citado en Pêcheux, 1975/2016, p. 74).⁷⁹

Esta *posición idealista* muestra la articulación de una teoría universal que presupone el proyecto de una semántica, la cual “es necesariamente neutra respecto a la oposición entre ciencia, por un lado, e *ignorancia, superstición y mito*, por el otro, precisamente porque ella funciona bajo el modo del ‘como si’” (ibid., p. 76). Tal posición permitiría *esbozar una solución empirista*, que hace énfasis en la observación, y que revierte “pura y simplemente la relación de subordinación entre el espacio de la ‘teoría del conocimiento’ y el espacio de la ‘retórica’, en beneficio de este último” (ídem). Ello propiciaría el surgimiento de una “ciencia” que quedaría reducida al desarrollo de procedimientos de razonamiento lógico, confundiendo el sistema de operaciones lógicas al catálogo de “hechos”, objetos o acontecimientos (ibid.). Ante tal confusión, es preciso señalar que, si la psiquiatría busca presentarse idealmente como una ciencia, mediante la organización de una teoría universal de las enfermedades mentales, ello podría ocurrir únicamente a través de una *articulación complementaria* entre “la forma realista de una red universal y a priori de nociones” (ibid., p. 79)

⁷⁸ Las itálicas pertenecen al autor.

⁷⁹ Las itálicas pertenecen al autor.

(kantismo), y “la forma empirista de un procedimiento administrativo aplicable al universo considerado como el conjunto de hechos, objetos, acontecimientos y actos”⁸⁰ (ídem). Este punto introduce, según Pêcheux (íbid.), un factor ideológico no menor, en tanto que se constituye una “representación” imaginaria que subordina las fuerzas materiales que conducen a los hombres –a psiquiatras y pacientes, en nuestro caso– a realizar tal o cual acción.

A este funcionamiento discursivo-ideológico Pêcheux lo denomina *mito continuista empírico subjetivista*. El mismo busca que “a partir del sujeto concreto individual (...) se efectuó un borrado progresivo de la situación de un alcance tal que conduce hasta el sujeto universal situado en todas partes y en ninguna, y que piensa por conceptos” (íbid., p. 118).⁸¹ El funcionamiento de dicho mito es presentado por Pêcheux a partir de un cuadro en el que es posible analizar el movimiento que va desde lo “concreto” a lo “abstracto”. Lo colocamos a continuación:

	Origen	Desfasaje	Generalización	Universalización
Categorías lógico-gramaticales de referencia	Yo	Vos (tú)/yo	Él, X/yo	Todo sujeto (cada uno, cualquiera que sea)
	Ver	Decir	Decir	Pensar
	Presente	Pasado	Pasado	Siempre
	Aquí	En otro lado/ aquí	En otro lado/ aquí	En todas partes
Forma base del enunciado	[yo digo que] yo veo esto	Vos (tú) me dijiste que...	Se me dijo que... Se constató que...	Es verdad que...

En relación a este mito, es interesante notar que, cuando Pêcheux, (1975/2016) analiza el funcionamiento ideal del discurso de la ciencia, plantea que “el continuismo subyacente a la oposición situación/propiedad reposa (...) sobre el proceso de la *identificación* (...), añadiendo que lo imaginario de la identificación enmascara radicalmente toda discontinuidad epistemológica” (p. 119).

Si la identificación tiene un papel central en psiquiatría, es porque allí estaría involucrada la transferencia, sea con los elementos traídos por el paciente, sea con los miembros de la comunidad. En todo caso, la identificación vehicularía el movimiento que permite introducir la generalización y la universalización, pero también ese

⁸⁰ Las itálicas pertenecen al autor.

⁸¹ Las itálicas pertenecen al autor.

movimiento produciría el “distanciamiento” / la “disimulación” de los indicios o trazos de transferencia, tal como podemos ejemplificar a continuación:

	Origen	Desfasaje	Generalización	Universalización
Categorías lógico-gramaticales de referencia	Yo Ver Presente Aquí	Vos (tú) me dijiste que Decir Pasado En otro lado/ aquí	Él, X/ yo Decir Pasado En otro lado/ aquí	Todo sujeto (cada uno, quienquiera que sea) Pensar Siempre En todas partes
Forma base del enunciado	[yo digo que] yo veo esto	Vos (tú)/me dijiste que	Se me dijo que Se constató que	Es verdad que
Enunciados	[yo veo que] <u>“me sigue un poco con la vista cuando doy la vuelta de su cama”</u> (Etchepare, 1913, p.116). <u>“Noto que tiene satisfacción de ser examinada y en decir lo que le pasa”</u> (ídem).	“Estos me expresaron [los doctores Viana y Méndez] que no había elementos para tal afirmación (íbid., p. 117-118)	“por el ambiente científico de actualidad (...) debía pensar en la existencia posible de una histeria negativa, a base de simulación” (íbid., p. 117). “nos hallamos en presencia de la histeria, de uno de esos casos descriptos por Janet, como idea fija de forma sonambúlica” (íbid., p. 118),	[es verdad que es] <u>“una histeria indudable”</u> (ídem) [es verdad que] desde que esta niña, sin problema de amor, <u>ni problema familiar, ni social que resolver, pasaba tranquilamente la vida en medio de su familia.</u> No tenía entonces por qué simular groseramente la pérdida de visión, para hacerse interesante en forma alguna” (ídem).

Nótese que, mediante el cuadro, es posible señalar como los trazos transferenciales se introducirían, inicialmente, en el momento de observación (mediante la referencia al seguimiento del psiquiatra con la mirada, y a la satisfacción). Sin embargo, tal presencia de la dimensión de la transferencia parecería disimularse (o se produciría un distanciamiento de su referencia) mediante un desfasaje que permite hacer eje, ya no en la interacción con el paciente, sino en la consideración de Viana y Méndez en torno a la ausencia de lesión ocular, tras lo cual se da lugar a la generalización del cuadro clínico, en tanto tal generalización permitiría afirmar que “si yo estuviera allí,

allí donde vos/él/x te encontrás/se encuentra, vería y pensaría lo que vos/él/x ves/ve y piensas/piensa” (ibid., p. 119). Lo anterior mostraría un *movimiento de continuidad empirista* entre situación y propiedad, en el que el trazo de distanciamiento/disimulación de la dimensión transferencial permitiría dar lugar a una generalización del cuadro. Esto permite determinar el diagnóstico del caso particular, aunque, para ello, sería necesario dar un paso más, consistente en ligar la categoría universal de *histeria* a ese caso particular. No obstante, para ello sería necesario referir a un elemento nuevo, la condición social, la cual parecería apuntar a la transferencia, e indicar su papel en torno al diagnóstico y sobre la manera en que, en un caso, la transferencia podría caracterizar la determinación *del paradigma*.

Entendemos por paradigma

(...) *simplemente un ejemplo, un caso singular* que, a través de su repetitividad, adquiere la capacidad de modelar tácitamente el comportamiento y las prácticas de investigación de los científicos. El imperio de la regla como canon de cientificidad se sustituye así por el del paradigma; la lógica universal de la ley, por *la lógica específica y singular del ejemplo*. Y cuando un viejo paradigma es reemplazado por uno nuevo, incompatible con él, se produce lo que Kuhn llama una revolución científica (Agamben, 2010, p. 5).⁸²

El *paradigma* podría captar los efectos de singularidad en un caso, en la construcción paradigmática de una comunidad científica, aunque para ello sería necesario realizar una distinción respecto de la conceptualización de paradigma realizada por Kuhn. Según Agamben, “una lectura más atenta de los escritos de Foucault muestra, en efecto, que incluso sin nombrar al epistemólogo estadounidense, Foucault toma distancia en varias ocasiones de su noción de paradigma” (ibid., p. 6). De hecho, según este autor, a propósito de la noción de *discontinuidad*, Foucault opone explícitamente los paradigmas a los “régimenes discursivos” que él aborda. En este sentido, un paradigma

(...) no es entonces un cambio de contenido (refutación de antiguos errores, descubrimiento de nuevas verdades), no es tampoco una alteración de la forma teórica (renovación del paradigma, modificaciones de los conjuntos sistemáticos); lo que está en cuestión es lo que gobierna [*régit*] los enunciados y el modo en que se gobiernan [*régissent*] los unos a los otros para constituir un conjunto de proposiciones científicamente aceptables y en consecuencia susceptibles de ser verificadas o invalidadas a través de procedimientos científicos. En suma, un problema de régimen [*régime*], de política del enunciado científico. En este nivel, no se trata de saber cuál es el poder que pesa desde el exterior sobre la ciencia, sino qué efectos de poder circulan entre los enunciados científicos; cuál es, de alguna manera, su *régimen interno de poder*; y de qué modo y por qué, en ciertos

⁸² Las itálicas nos pertenecen.

momentos, éstos se modifican de una manera global (Foucault, 1994, citado en Agamben, 2010, p. 6).⁸³

El paso decisivo para pensar la dimensión paradigmática en nuestra investigación sería, entonces, dar un paso más allá de la *mirada epistemológica y desplazar el paradigma al ámbito político*, de modo de pensar el plano político de los enunciados y los regímenes discursivos (Agamben, 2010), lo cual iría en consonancia con el planteo de Pêcheux (1975/2016), para quien las formaciones discursivas son determinadas ideológicamente. Dicha determinación ideológica nos permitirá considerar la *escena de la interpelación* como la escena en estudio, articulada con el concepto de *transferencia* (Butler, 2005/2009). Particularmente, aquellas *escenas en las que podemos encontrar referencias a la interacción del psiquiatra con el paciente*, y en particular a los momentos en que se determina el tratamiento, la etiología, el diagnóstico o la cura, ya que todos esos elementos nos permitirían aludir a la transferencia, en tanto que involucran a alguien que se posiciona en el lugar del saber (Harari, 1999).

En el estudio de las diferentes escenas en que se introducen operaciones clínicas de determinación, podríamos mostrar la presencia de una *determinación transferencial*, la cual se pondría en juego en las observaciones de la enfermedad, en la indagación de los signos y síntomas, y en la determinación de un cuadro. De acuerdo con Foucault (1978/2011), las *maniobras* sobre el paciente harían posible una transmisión de la experiencia en torno a ese cuadro. Por ello, desde un punto de vista discursivo, es posible pensar que el caso clínico emergería en una relación de dominio sobre el objeto de estudio, que indicaría operaciones de imposición de la voluntad del psiquiatra sobre el paciente, esto es, imposición de un orden, de un saber, para producir una verdad. Para ello, se vuelve central preguntarse cuál sería la función del código semiológico, pues, si el signo es comprendido, de acuerdo con Londoño (2014), como *un indicio o señal que está en relación con el juicio de valor del un elemento clínico en relación a otros, en el que la idea del médico es partir de un síntoma, observable por una gran cantidad de personas* –lo que cae bajo el peso del sentido–, para transformarlo *en signo clínico*, tal transformación debería ser determinada de acuerdo al peso de la autoridad que se articula en esa comunidad científica. En este sentido, lo que permitiría trazar una relación entre el signo y su referente es una *convención* (de autoridad) que marca la determinación acerca de lo que debe significar tal o cual signo clínico.

⁸³ Las itálicas nos pertenecen.

En esa convención de autoridad en la que es afirmada la posición del médico puede estar, *eventualmente*, incluida la transferencia, como una presencia oculta, disimulada, pero no como un articulador de toda la operación, de todo el código. En este sentido, podríamos hablar de “signo de autoridad”, pero no necesariamente de un “signo de transferencia”, pues, *para que nos encontremos ante la transferencia, debe haber, de un modo más o menos explícito, interpelación-identificación*, y eso puede no ocurrir en todos los casos. Sin embargo, cuando la *interpelación* juega un papel destacable y la escena se constituye como una escena de interpelación, suele desplegarse un vocabulario semiológico que apuntaría a caracterizar al paciente en transferencia; e igualmente, cuando el paciente no parece estar envuelto en una relación transferencial se tendería a descalificarlo, indicando que aún no se ha sometido a la autoridad del médico y que dicha operación ya se ha puesto en marcha. Tal sometimiento (resubjetivación, conversión) sería precisamente una forma (psiquiátrica) de hacer entrar al paciente en una relación transferencial.

En este sentido, al estudiar el conjunto de signos clínicos que apuntan al modo en que puede ser percibida la interacción psiquiatra-paciente durante el interrogatorio – presentes en expresiones como “era *tímido, miedoso*” (Giribaldi y Castro 1900, p. 24); “responde *difícilmente*” (Etchepare, 1904, p. 535). “es *afable, sumiso, tranquilo*, aunque un poco *veleidoso*, sin orgullos ni petulancias” (Payssé 1910, p. 417); “joven *sensata*, capaz de reflexión” (Rossi 1916, p. 726)–,⁸⁴ es posible notar que tales signos clínicos se nos presentan en su función indicial, en tanto que parecen referir a la forma en la que la posición transferencial del paciente se ve afectada por la relación que se articula con el psiquiatra. Estos signos clínicos constituirían *indicios* de una relación de autoridad, en la cual, *en algunos casos*, estaría aludida la presencia de la relación transferencial con el psiquiatra, en particular cuando opera la interpelación. Adjudicamos a tales signos el estatuto de *trazos*, que, en cualquier caso, *aludirían*, constituirían *indicios* de la relación transferencial, pero *en ningún caso marcas directas y explícitas de la transferencia*. Aun cuando el signo clínico remitiese a la interacción con el paciente, lo consideramos como *un indicio de la transferencia que no permitiría localizar de modo unívoco el lugar de la transferencia*.

⁸⁴ Las itálicas nos pertenecen.

En cuanto a esta complejidad o dificultad de localizar la transferencia, podemos observar, en la escritura de caso, la referencia a ciertos signos clínicos que parecen indicar el posicionamiento del paciente en su relación con el psiquiatra, mediante la articulación de palabras existentes en el lenguaje natural: “tímido”, “miedoso”, “afable”, “sumiso”, “tranquilo”. Estas palabras son empleadas allí como elementos semiológicos, los cuales, según Chaslin (1912) no refieren a un único cuadro posible sino a un conjunto determinado de cuadros,⁸⁵ por lo que cada conjunto de cuadros posibles establecería una relación de continuidad con determinados signos clínicos. Idealmente, sólo sería posible determinar un cuadro clínico y no otro en relación a la presencia de determinado conjunto de signos clínicos, a la ausencia de determinados signos clínicos o a la jerarquización de determinado signo clínico frente a otros. Por ello, estos signos clínicos tienden a operar como si se tratara de elementos que habilitan una *calculabilidad*, a partir de la cual sería posible determinar, mediante cierta articulación de signos clínicos, las categorías que los agrupan. Esta relación de *calculabilidad/determinación categorial* supone que, en diferentes situaciones clínicas, sería posible distinguir un uso lógicamente estabilizado, que hace corresponder ciertos elementos semiológicos a formas del lenguaje pretendidamente científicas: categorías nosológicas, como si los elementos semiológicos y las categorías nosológicas tuviesen la posibilidad de estabilizarse entre sí mediante el discurso de “la ciencia”.

Ante este proceso es necesario advertir que, en los procesos discursivos en que se introducirían elementos semiológicos para la determinación de cierto diagnóstico, no sería posible asegurar una continuidad entre un elemento semiológico en particular y un cuadro clínico determinado, por lo menos no en todos los casos; por el contrario, a lo sumo, existiría una relación entre un signo clínico y un conjunto de diagnósticos posibles (de tal modo que lo que permite establecer una continuidad entre un elemento semiológico y un cuadro determinado es una operación ideológica empiricista que habilitaría a sostener dicha correspondencia, como si la misma ocurriese de forma estable, sin posibilidades de indeterminación.

⁸⁵ Para ejemplificar el funcionamiento de la semiología psiquiátrica citaremos referencias a la semiología de las emociones y la mímica emotiva, y a la semiología de los instintos, los sentimientos, las pasiones y los actos: “En la manía, la alegría no es pura, y tampoco lo es en la locura discordante” (Chaslin, 1912, p. 27); “la inquietud es propia del neurópata y el neurasténico. La ansiedad y la angustia ante todo se encuentran en la melancolía ansiosa” (p. 27); “Prodigalidad: es frecuente en desequilibrados, en las locuras circulares en período maníaco y al principio de la Parálisis General” (p. 61), lo que permite mostrar cómo algunos elementos semiológicos apuntarían a conjuntos o grupos de posibles cuadros clínicos y no necesariamente a un cuadro clínico único.

A partir de esta operación podrían ser situadas *dos modalidades de funcionamiento discursivo* en psiquiatría: *una canónica, ideal y descriptiva*, y otra *antidescriptiva*. La modalidad *descriptivista*⁸⁶ apunta a que aquello que se observa sobre la enfermedad pueda ser codificado semiológicamente y se articule en unidades mediante conceptos (categorías nosológicas), dando lugar a la síntesis de los rasgos observados (Saurí, 1996) –lo que facilitaría ver el ordenamiento de las manifestaciones patológicas de la enfermedad– en ciertas *sentencias observacionales*⁸⁷ (Quine, 1960/1968). En este sentido, según Foucault (1966a/2001), podría considerarse que la descripción opera como una función lógica cuya finalidad sería dar a conocer los “hechos” mediante la exposición de sus propiedades. No obstante, si bien ciertas *sentencias observacionales* tales como “llegó completamente tranquila” (Etchepare, 1904/1929, p. 531), o “se le encendía la cara, sobre todo cuando no se le hacía caso” (Etchepare, 1924/1930, p. 844), harían referencia a aquello que es observado por el psiquiatra, parecerían ser tratados como si fueran *juicios de percepción*, en el sentido de una mera conexión entre percepciones.⁸⁸ Tales juicios referirían a lo observado, o, por lo menos inicialmente, operarían dentro del lenguaje psiquiátrico como si se tratara de *sentencias observacionales de base*, que remitirían directamente a lo observado, prescindiendo, en apariencia, de aspectos teóricos (Quine, 2000).⁸⁹

Con todo, otros enunciados tales como “confiesa ideas de *hipocondría* que la otra no tenía” (Etchepare, 1904/1929, p. 539) o “pasa *inerte* todo el día con la mirada a

⁸⁶ Al referir al *descriptivismo* aludimos a la posición epistemológica naturalista presente en la clínica psiquiátrica, la cual considera que es posible caracterizar la naturaleza de un ente mediante la descripción de cómo se presenta ante nosotros en su naturaleza, a partir de lo cual sería posible dar lugar a sentencias que permitan presentar a dicho ente tal cual se observa. En filosofía el descriptivismo ha sido desarrollado fundamentalmente por Russell, Frege, Quine, Carnap, entre otros, quienes consideran que el “hablante asocia con cada nombre propio del lenguaje el material descriptivo correspondiente a una o varias descripciones definidas” (Pérez Otero, 2017, p. 41).

⁸⁷ Dado que los enunciados de la clínica moderna tienden a presentarse ligados a las operaciones sensibles de observación, consideramos que dichos enunciados operarían como si fueran sentencias observacionales (Quine, 1960/1968), en tanto que éstas son conceptualizadas como el vínculo que une el “mundo real”, del cual se ocuparía el lenguaje en general, con el lenguaje científico. De este modo, dichas sentencias cumplirían la función de presentarse como el último criterio de control de la ciencia, es decir, como si fueran la base de la teorización.

⁸⁸ Nótese que, según Kant (1783/1999), los *juicios de percepción* refieren sólo a distintas sensaciones que afectan al mismo sujeto y que tienen validez subjetiva, en tanto que una mera conexión de percepciones en el estado de ánimo.

⁸⁹ La presencia de sentencias que operarían en el lenguaje psiquiátrico como si fueran *sentencias de base* nos permite considerar la influencia de una posición epistemológica *realista, naturalista e ingenua*, en tanto que la psiquiatría consideraría que es posible describir los fenómenos clínicos de manera transparente, tal cual se nos presentan en la naturaleza y sin recurrir necesariamente a elementos teóricos complejos; y es posible que los fenómenos clínicos nos aporten suficiente información para conocer la enfermedad del paciente sin que sea necesario recurrir a contenidos de carácter conceptual.

lo lejos”⁹⁰ (García Austt, Agorio y Fascioli, 1938, p. 8), tenderían a operar como si se tratara de *sentencias observacionales más cargadas de teoría* (Quine, 2000), ya que integran conceptos clínicos como “hipocondría” o “inerte”. Dichas sentencias, se articularían idealmente con las anteriores, de modo que sería posible considerar, por lo menos de forma provisoria, que el discurso psiquiátrico se presentaría como si vinculara tales sentencias dando lugar a la teorización, mediante la articulación de enunciados de base de *alto nivel de observacionalidad* con otros cargados de teoría, de *bajo nivel de observacionalidad*, de tal forma que las sentencias observacionales permitirían que cada bloque de teoría se sostenga, supuestamente, en otro más ligado a lo empírico (Quine, 2000)⁹¹.

Según Foucault (1966a/2001), en esta modalidad discursiva es posible localizar momentos de calculabilidad, donde el discurso parecería componer y descomponer relaciones entre signos y síntomas para favorecer el descubrimiento de lo observado, mediante una combinatoria que determinaría las formas en que los signos clínicos se presentan y yuxtaponen en relaciones nosológicas que permitirían relacionar elementos semiológicos particulares del caso a un cuadro clínico específico. Por ejemplo: los síntomas de ceguera, ira, mareo, ahogo, falta de aire, etc., podrían ser presentados mediante diferentes sentencias observacionales, las cuales, al ligarse a un cuadro clínico

⁹⁰ Las itálicas nos pertenecen.

⁹¹ La modalidad de funcionamiento discursivo descriptivista produjo durante parte de esta investigación un efecto de “captura”, pues si bien durante la investigación se notaban alteraciones y “fisuras” en el discurso psiquiátrico, el estudio del lenguaje en psiquiatría parecía permitir sostener armónicamente una aparente relación de continuidad entre lo que se observa en los casos clínicos (lo que se argumenta, se comunica, se diagnóstica) y la teorización que permite comprender el funcionamiento de determinadas sentencias en los casos clínicos. Si bien ello permitió entender el funcionamiento del lenguaje en psiquiatría, *llevó al investigador a caer, por un momento, bajo el efecto del mito continuista empírico subjetivista*, dado que el lenguaje implica asociar a la lengua a situaciones concretas, en las que se presupone el funcionamiento de un código transparente y disponible (Terriles y Hernández, 2014), en nuestro caso del código semiológico, el cual permite articular distintos elementos clínicos en un cuadro “armónico”. Esto fue interrogado por el tutor. Fue allí que nos dimos cuenta que, si bien era importante entender el funcionamiento del lenguaje en psiquiatría, el foco del análisis no podía estar puesto en él, sino que, como en toda la investigación, en el discurso, en sus discontinuidades o alteraciones; en los momentos en que se presentarían trazos lingüístico-discursivos de transferencia. Esto llevó a articular la dialéctica a un nuevo nivel, y mostrar una modalidad de funcionamiento discursivo antidescriptivista, que permitía centrarse en las fisuras del modelo de funcionamiento descriptivista y articular el análisis discursivo en profundidad. Ello “habilita a pensar que el desplazamiento del interés hacia universos discursivos lógicamente no estabilizados abre el espacio para una teoría dispuesta a captar la equivocidad de todo discurso siempre-ya atravesado por la heterogeneidad y sin pretensiones de erigirse como nuevo metalenguaje. Ninguna pureza en el discurso” (Terriles y Hernández, p. 19). El discurso no existe en forma independiente a la historia, a las redes de memoria ni a las trayectorias sociales en las cuales emerge. “Todo discurso es el índice potencial de un movimiento dentro de las filiaciones socio históricas de identificación, en la medida en que constituye, al mismo tiempo, un efecto de esas filiaciones y el trabajo (más o menos consciente, deliberado, construido o no, pero de todos modos atravesado por determinaciones inconscientes) de desplazamiento dentro de su espacio” (idem).

preexistente, permitirían argumentar que se trataría de un cuadro clínico en particular y no otro. De modo que el cuadro clínico parecería tener la función de una categoría del pensamiento; sin embargo, en la escritura de caso, este ejercicio de calculabilidad indica momentos de falla. Desde una posición descriptivista, si bien parecería cierto que pudiera sostenerse un razonamiento lógico capaz de pensar las relaciones entre los elementos observados –el cuadro clínico, los síntomas descritos y los signos clínicos referidos, de modo que cada elemento observado, integrado a la estructura de lenguaje psiquiátrico, podría ser capaz de funcionar como un principio de definición de otros elementos clínicos, como principio de explicación del síntoma, del cuadro, y de la etiología–, debe esperarse que este modo de razonamiento pueda presentar y/o disimular fallas y puntos ciegos.⁹²

En este punto de determinación de diferentes elementos clínicos irrumpiría una segunda modalidad de funcionamiento discursivo que nos interesa trabajar aquí: la *modalidad antidescriptiva*, que tendería a introducirse en momentos de ruptura/tensión del funcionamiento canónico (descriptivo) del discurso.⁹³

La posición antidescriptivista en relación al nombre y la referencia es desarrollada por Kripke (1981/ 2005) en *El nombre y la necesidad*, oponiéndose al descriptivismo logicista de Russell. Según Russell ante el nombre común “unicornio”, por ejemplo, debería existir alguna coincidencia con alguna de las descripciones asociadas a ese objeto, y debería existir una correspondencia a un *sense-data*. De este modo, en tanto no existe tal correspondencia con ningún objeto real, el nombre unicornio sería un nombre vacío, de modo que cualquier proposición asociada a unicornio es falsa, aun cuando existan descripciones que puedan ser sustituidas por “unicornio”. Para Kripke este tipo de argumentación carece de sentido, pues si bien no hay unicornios “desde luego podría haber habido unicornios. Bajo ciertas circunstancias

⁹² Bajo el *modelo naturalista* la descripción sería el reflejo de cierta metodología de estudio y análisis del caso, bajo el cual, se observan las enfermedades mentales jerarquizando un enfoque que daría cuenta de la relación entre la propia sensibilidad (la observación de los signos de la enfermedad proferidos por el paciente), y los argumentos clínicos que intervienen a la hora de estudiar las enfermedades mentales y delimitar el diagnóstico.

⁹³ Indicar una tensión entre una *posición descriptivista*, que permite entender el funcionamiento canónico del discurso psiquiátrico y una *posición antidescriptivista*, que muestra sus fallas, implica la articulación dialéctica como un método que consiste en “desplegar un objeto en el necesario movimiento de sus contradicciones” (Adorno, 1958/2010, p. 38), de tal modo que ante la presentación tética del funcionamiento ideal de la psiquiatría, sería posible extraer la antítesis de la tesis misma, incorporando momentos de negatividad, a partir de lo cual se podría “construir plenamente la realidad pero no sin fisuras, sin fracciones que son inherentes a ella” (ibid., p. 92).

habría habido unicornios (...). [De] acuerdo con mi posición, la verdad no debería ponerse en términos de decir que es necesario que no haya unicornios, sino simplemente que no podemos decir bajo qué circunstancias habría habido unicornios” (p. 29). Según Kripke,

(...) aun si los arqueólogos o los geólogos descubriesen mañana algunos fósiles que mostraran de manera concluyente la existencia de animales en el pasado que satisficieran todo lo que nosotros sabemos acerca de los unicornios, a partir del mito del unicornio, eso no mostraría que hubo unicornios (idem).

Ante tales afirmaciones es posible notar: 1ro) que la verdad de una proposición referida a unicornios no estaría en relación con un *sense-data* que permita rechazar la existencia de unicornios, ya que estos podrían haber existido; 2do) que aun si existiese alguna “prueba fósil” que correspondiese con las descripciones de unicornios (con lo que sabemos de ellos) ello no alcanzaría por demostrar su existencia en relación a un *sense-data*. De este modo, el nombre “unicornio” no depende del *sense-data*, por lo que puede existir independientemente de las descripciones referidas a unicornios.

Para explicar la independencia del nombre y la *sense-data* Kripke (1981/ 2005) toma como ejemplo la localidad inglesa de "Dartmouth". Si bien tal localidad puede llamarse así por estar situada en la desembocadura del Dart, aun cuando el río Dart cambiase de curso -de modo que esa localidad ya no estuviera situada en la desembocadura del Dart-, podríamos igualmente seguir llamándola "Dartmouth", por lo que su nombre no se relaciona a ningún dato de la realidad.

Posteriormente, Kripke refiere al uso de los nombres “Sacro Imperio Romano” y “Naciones Unidas” para trabajar la cuestión del uso del nombre y su significado.

Me imagino que todos han oído hablar del Sacro Imperio Romano, que no era sacro ni romano ni era un imperio. Hoy en día tenemos las Naciones Unidas. Parecería que ya que estas cosas pueden llamarse así, aun cuando no sean Naciones Unidas... estas expresiones deberían considerarse, no como descripciones definidas, sino como nombres (ibid., p. 31).

¿Qué significa que “Naciones Unidas” es un nombre? Significa que en cualquier situación posible (mundos posibles para Kripke) en que un conjunto de naciones sea nombrado como “Naciones Unidas” tal nombre quedará inalterado, o por lo menos no cambiará necesariamente, si tales naciones están “unidas”, “separadas” o en “conflicto”. El nombre posee *designador rígido*, refiere al mismo objeto en cualquier situación, aun cuando la situación no corresponde con su nombre.

Para Kripke tanto los nombres propios como los comunes son designadores rígidos, pues, aunque “el hombre (Nixon) podría no haber sido el presidente, no es el

caso que pudiera no haber sido Nixon ...podemos referimos (rígidamente) a Nixon y estipular que habla más de lo que podría haberle sucedido a él (en determinadas circunstancias) por lo que en tales casos dejan de ser problemáticas las ‘identificaciones a través de los mundos’” (51-52). Por ello, decir que Nixon es un designador rígido significa que “Nixon” refiere a Nixon, pero no tiene significado, sino un uso. Las personas que conocen a Nixon usan el nombre “Nixon” para referirse a él.

Cuando a una persona se le dio el nombre “Nixon” “tiene lugar un ‘bautismo’ inicial (...) Cuando el nombre pasa ‘de eslabón en eslabón’, quien recibe el nombre, pienso yo, al aprenderlo tiene que usarlo con la misma referencia con la cual lo usa el hombre de quien lo escuchó” (p. 96), porque el nombre “Nixon” es un enunciado de Identidad.

En algunos casos especiales de *bautismo*, el referente puede ser determinado mediante una propiedad que lo identifica únicamente a él, pero esa propiedad lo que hace “no es dar un sinónimo, dar algo de lo cual el nombre es una abreviatura; lo que hace, más bien, es fijar una referencia. Fija la referencia mediante algunos rasgos contingentes del objeto. El nombre que denota ese objeto se usa entonces para referir a ese objeto” (p. 105-106). Al ser un enunciado de identidad, “debería considerarse simplemente que la identidad es la relación entre una cosa y ella misma” (p. 107).

Si se nota, Kripke refiere a *situaciones de uso* de determinados nombres, algunas de las cuales refieren a interacciones, en particular a situaciones en las que, en cierta comunidad, es conocido un nombre como referente de una realidad determinada (objeto o persona), de manera independiente al grado de conocimiento que se posea de dicha realidad. Estas *situaciones de interacción y uso de nombres* refieren a una pragmática, en la cual los nombres son usados entre/ante diferentes personas. Por ello -y es en este punto que la teorización de Kripke resulta de gran utilidad en esta investigación- *si tales situaciones pueden ser pensadas en referencia a determinadas escenas enunciativas, ello permitiría elevar el análisis a un nivel textual y/o discursivo*. Ello no significaría que siempre que se use un nombre se esté ante una narración; en principio, solo estaríamos situando aquellas escenas que, articulan el uso de nombres propios o comunes en un drama o escena de interacción.

En este sentido, si nos fijamos en los casos clínicos que se analizarán en la presente investigación, es posible ubicar escenas enunciativas que ponen en juego el uso

de nombres (comunes y propios). En tales escenas, se refiere a vicisitudes humanas, sucesos, dramas, conflictos, momentos de calma, y personajes que interactúan, en una estructura con inicio, desarrollo y final, en la que se produciría una secuencia: un estado inicial de calma, una crisis o transgresión y una restitución de la calma. Ello recuerda, al menos parcialmente, a la propuesta de Bruner (2004) en torno a la narración lo que permite delimitar estas escenas como *escenas narrativas*, en las que se hace eje en la acción, la interacción y el drama, tensión o conflicto.

La escena narrativa implica, de algún modo, una *apertura* para una comprensión antidescriptivista, constituyéndose así como una especie de “límite” a la descripción. Primeramente porque, como vimos arriba, permiten comprender escenas en las cuales la descripción no alcanzaría para dar cuenta del uso de determinados nombres. Segundo, porque, en la medida que se hace presente la *modalidad antidescriptiva*, esta mostraría que *la descripción no podría sostenerse siempre*. En la referencia a la interacción del psiquiatra con el paciente, encontraríamos lo que podríamos denominar una “caída del discurso”, que consiste en cambios de posición enunciativa de modo de *constituir una escena en torno a la primera persona (del singular o del plural)*, esto es, la posición del médico en su relación con el paciente, y cambios de estilo.

Estas escenas narrativas refieren la mayoría de las veces al accionar clínico sobre el paciente, consistente en un sometimiento a órdenes y preguntas, y las respuestas de los pacientes. Dichas escenas, así como el caso clínico en su conjunto, evidenciarían una dimensión ideológica inmanente a la práctica clínica, que determinaría aquello que puede y debe ser dicho (Pêcheux, 1975/2016), así como lo que puede y debe ser hecho. Las palabras y el accionar del psiquiatra y del paciente podrían recibir su sentido desde ciertas formaciones discursivas dominantes (moralismo, organicismo, higienismo, naturalismo, ilustración), determinando dicho sentido a partir de las relaciones que se establecerían entre ciertas palabras, expresiones y enunciados, con otras palabras, expresiones y enunciados pertenecientes a otras formaciones discursivas subordinadas (ibid.). La transparencia de sentido que aparenta el lenguaje en psiquiatría disimula la dependencia del discurso respecto a un “todo complejo con dominante” (ibid., p. 135) de las formaciones discursivas que nutren al discurso psiquiátrico.

De esta manera, en la escritura del caso clínico puede predominar la descripción impersonal de los síntomas, los signos, los síndromes, el cuadro clínico o la etiología,

pero la descripción impersonal puede verse interrumpida por el relato o narración de situaciones de interacción que irrumpen introduciendo cambios en la posición enunciativa, muchas veces respondiendo a la propia dinámica de la descripción, como un modo de completar el cuadro. Durante el relato de la interacción, mediante vocabulario semiológico perteneciente a la *semiología de las emociones* (Chaslin, 1912), se alude a una serie de rasgos clínicos que, al mismo tiempo, tienen su uso en el *lenguaje cotidiano*, no-técnico, tal como podemos apreciar en los siguientes ejemplos: “Es muy *emotiva*” (Etchepare, 1913, p. 113); “un tanto *nerviosa*” (Etchepare, 1924/1930, p. 843-844); “enfermo *tranquilo*”⁹⁴ (García Austt, Agorio y Fascioli, 1938, p. 8). Esta doble pertenencia parece señalar *momentos en los cuales la narración se superpone a la descripción*, permitiendo reconstituir una posible escena narrativa en la línea descriptiva del caso.

Por ejemplo: al decir “triste” se puede referir tanto a una depresión, a una melancolía, a un cambio de humor, a un duelo, como a otras cosas. Sin embargo, nótese que, desde un *punto de vista antidescriptivista*, resultaría posible advertir que, si bien estos ejemplos parecen referir al uso habitual de la palabra “triste”, lo cierto es que dicho término no podría ser *sustituido* por otro elemento y, al mismo tiempo, conservar plenamente su sentido. Aunque se pueda sustituir “tristeza” por “depresión”, esta última no aludiría simplemente a la tristeza. Si se sustituye “triste” por “angustia”, resultaría claro que tal sustitución provocaría un cambio de significado, ya que “angustia” – aunque pudiera remitir a la presencia de sentimientos de “ruina”, de “desolación”, o “tristeza”– tendría un significado diferente del de “triste”. De modo que, ante el uso del concepto de “triste”, podríamos preguntarnos: ¿Qué significa triste? Si “triste” se presenta tanto como un elemento procedente del discurso clínico, pero, a la vez, como una palabra del lenguaje natural, entonces “triste” tiene referencia pero no significado. En todas las situaciones lingüísticas posibles y admisibles que permiten usar dicha palabra, “triste” refiere a cosas o personas. De modo que dicho adjetivo estaría determinado por el hecho de que quien lo emplee es, ante todo, miembro de una comunidad de hablantes que usan el concepto “triste”, el cual ha sido ha sido previamente utilizado y transmitido, gracias a su utilización en/por cierta comunidad

⁹⁴ Las itálicas nos pertenecen.

(Kripke, 1981/2005).⁹⁵ Esto significa que lo que le da “significado” a “triste” es el uso y no su capacidad de describir. “Triste” refiere a algún objeto (a una persona, por ejemplo), pero sólo refiere de modo contingente y no de manera necesaria o esencial.

Afirma Zizek (1989/2003),

(...) la respuesta antidescriptivista (...) es que una palabra está conectada a un objeto o a un conjunto de objetos mediante un acto de “bautismo primigenio”, y este vínculo se mantiene aun cuando el cúmulo de rasgos descriptivos, que fue el que inicialmente determinó el significado de la palabra, cambie por completo (p. 128).

Ello significa que, si una palabra opera como si se tratara de un nombre común – incluso un adjetivo podría funcionar como si fuera un nombre común, asevera Kripke –, no es porque constituya una mera descripción concreta o abreviada, sino porque “la cadena causal externa determina la referencia aún en el caso de nociones genéricas” (ibid. 129). Si a una determinada persona se la describe como “alegre” y luego como “deprimida”, aunque tales descripciones refieran a ella en determinadas situaciones, no constituyen descripciones de propiedades esenciales de la persona. Por ello, tal persona no posee necesariamente, de manera esencial, las propiedades que se le han adjudicado, y ellas no adquieren significado en sí mismas, sino sólo en su uso, en tanto que son capaces de referir a objetos en determinadas situaciones.

Para ejemplificar el argumento antidescriptivista, traeremos aquí el análisis que realiza Pêcheux de la frase: “El hombre, que es racional, es libre” ¿Cómo determinar el sentido de esta frase? ¿Podríamos conseguirlo respondiendo a la cuestión de saber si todos los hombres racionales son libres o si solamente algunos lo son? Según Pêcheux:

⁹⁵ El pensamiento de Kripke (1980/1995) nos permite pensar que la articulación de ciertos elementos referidos a la semiología, que se nos presentan mediante adjetivos (“exaltada”, “emotiva”, “cariñosa”, etc.), en realidad operarían como si fueran nombres comunes, en tanto que los adjetivos, para este autor, también tienen designador rígido. Es decir que *las descripciones generalmente asociadas a tales adjetivos no son necesariamente parte de su significado, ya que tales descripciones destacan propiedades contingentes de los objetos*, por lo que los adjetivos designan *en todo mundo posible* (ibid.) a la misma clase de objetos. Como plantea Putnam (1975) al analizar la obra de Kripke, si los adjetivos operan como nombres comunes, es porque tienen un componente indexical no advertido, que permite hacer referencia a los objetos o clases de objetos en todo mundo posible (Méndez Huerta, 2012), y en tanto designan, cumplen con la función principal de referir, pero no de describir, ya que, si bien permiten hablar del mundo, no poseen significado sino un uso que ha sido transmitido por el lenguaje ordinario.

Presentimos que la pregunta no puede, en verdad reducirse al análisis de la extensión y de la comprensión del concepto de Hombre, sino que, por el contrario, *hay algo fundamental que se juega antes*, sobre lo que *se funda este análisis*. Propondremos aquí la idea de que lo que está en juego es la *identificación* por la cual todo sujeto se ‘se reconoce’ como hombre, y también como obrero, empleado, funcionario, etc., e incluso como turco, alemán, francés, etc. (Pêcheux, 1975/2016, p. 110).⁹⁶

El aporte que trae Pêcheux parece ser: no sería suficiente ni pertinente insistir con una definición de un concepto/ objeto basados en sus propiedades intencionales u extensionales –es decir, en sus propiedades descriptivas--, sino que habría que atender a otra dimensión, que él llama aquí “identificación”, que se trataría de la dimensión del designador rígido, una especie de lazo directo entre el significante y cierto referente, establecida por un “bautismo primigenio”. En este momento, en la teorización de Pêcheux, parece introducirse el *antidescriptivismo como una modalidad o dimensión del análisis*. Según Pêcheux, tal identificación es posible porque el sujeto que lee el enunciado puede reconocerse ante este como un hombre. Este mismo análisis funcionaría con una frase como: “El hombre, que es triste, es depresivo”. La identificación con la experiencia de tristeza, - o de felicidad, de alegría, de estupor, etc.- nos permitiría considerar que, por ejemplo, si decimos “el hombre triste”, el adjetivo “triste” no corresponde a un conjunto de rasgos descriptivos que comprendería el significado del nombre común "hombre": no podríamos estar seguros de que este rasgo descriptivo integraría la referencia de "hombre" en todos los casos y situaciones. Es decir, para cada comunidad de hablantes, el objeto al que la palabra "hombre" quedó sujeta, ocurrió mediante un "bautismo primigenio" y no por las descripciones “abstractas” que de él puedan realizarse, de manera que entre las descripciones “abstractas” y el objeto se instaura una falta, una incompletud.⁹⁷ Según Zizek (1989/2003),

⁹⁶ Las itálicas pertenecen al autor.

⁹⁷ Si bien Kripke desarrolla de manera profunda la posición antidescriptivista, Hegel es un autor que se presentaría como un posible antecesor de esta posición. Cuando este autor refiere a la certeza sensible, muestra como las propiedades de una entidad se captan al modo de una universalidad sensible, por debajo de los datos. Por ejemplo: el gris de una piedra se da inmediatamente por medio de la certeza sensible. Se da en tanto universal que puede presentarse también en otros objetos: el gris de una lapicera, de una lata, de las canas, de las cenizas del tabaco, etc. Sin embargo, ese universal no permite determinar cuál es esa entidad a la que referimos, es decir, la referencia a la propiedad gris no nos permite saber si hacemos alusión a la piedra y no a la lata. En principio, al percibir la piedra, la percibimos como un *esto* aquí, un *esto* aquí múltiple en propiedades: es gris, es irregular, es áspera, es pesada, tiene puntas filosas, etc. Las propiedades múltiples son de un *esto* aquí unitario, pero el color no afecta a la textura, ni el peso a la forma, por lo que las propiedades son independientes entre sí, por lo que no es posible identificar una entidad dada, aun cuando sean descritas, sino que éstas están en relación a una entidad que se percibe como absoluta: “He ahí la ‘coseidad’”. La piedra se percibe como *esto*, pero en la medida en que contiene

(...) lo que está en juego aquí es precisamente el problema de la "teatralización del deseo": cuando encontramos en la realidad un objeto que tiene todas las propiedades del objeto fantaseado del deseo, necesariamente quedamos a pesar de todo algo decepcionados; tenemos la vivencia de un cierto "esto no es"; llega a ser evidente que el objeto real finalmente encontrado no es la referencia del deseo aun cuando posea las propiedades requeridas (ibid., pp. 130-131).

La “teatralización” del deseo referida por Žižek permite introducir la relación entre el nombre propio, el designador rígido y el rasgo unario. Si el nombre propio es un significante puro que no significa nada pero permite referir a un objeto -esto es, lo que Kripke llama “designador rígido”-, la significación de los nombres propios es relevante en relación a su referencia (Rouse, 2018). Como plantea Rouse (2018), refiriendo al texto de J.-A. Miller *Lacan con Joyce*, si bien es posible distinguir, en Joyce, un uso del nombre propio como un nombre común, lo que es fundamental es su *Bedeutung*⁹⁸ (su referencia).

Como afirma Lacan en *La significación del falo* (1984), “el sujeto solo designa su ser poniendo una barra en todo lo que significa” (*apud* Rouse, 2018, p. 5). Según Rouse,

(...) podemos ver que tan pronto como Lacan ha introducido, *avant la lettre*⁹⁹, esta definición kripkeana del nombre propio, ya está avanzando en el campo de su más allá. El sujeto del cogito, dice, elide lo “impensable” designado por el nombre propio. Pero el “ser” del sujeto como tal – en tanto que vivo y no muerto – está “faltando” incluso de lo que Lacan llama “el mar de los nombres propios”, es decir, tiene que ser localizado en su más allá (idem).

Cuando el sujeto usa un nombre propio, él “lee” la huella que deja el objeto que falta por estructura” (Haddad, 2014, p. 236), por lo que el nombre propio permitiría realizar un “‘tratamiento’, un acercamiento al ‘rasgo’, a la marca (significante)” (idem). Según Haddad, (2014),

(...) el nombre propio puede leerse de diferentes maneras, pero dicha operación ya implica darle un sentido, una significación (¿o una clasificación?) que en sí misma el nombre no conlleva (...) Podríamos decir que “las” lecturas del nombre propio pueden ser “en plural”, justamente porque el nombre propio remite a un lugar ligado a la abertura y a la escritura. Por eso, consideramos que no hay “una” traducción del nombre propio porque nombrar es diferente de clasificar o de otorgarle atributos a un objeto. Es decir, nombrar se relaciona con el lugar donde el objeto ha perdido sus atributos y sus rasgos. Es por eso que se relaciona con el concepto de rasgo unario. Proponemos entonces que el rasgo unario es la condición para que el nombre propio “llame” a la lectura y en este punto se relaciona con la escritura, una escritura- insistimos- muy particular (ibid., p. 235).

la negación de todas las cualidades que no la determinan (no es blanca, no es lisa, no es ovoide, etc.), tal negación la convierte en una unidad en sí misma y no en la descripción de sus propiedades.

⁹⁸ Las itálicas pertenecen al autor

⁹⁹ Las itálicas pertenecen al autor

Capítulo 4. “Echin, tepe, emoreja”: Análisis de datos

En este capítulo nos enfocaremos en el análisis de datos a partir de tres instancias: en la primera de ellas, analizaremos ocho casos clínicos: cuatro de ellos, publicados en la *Revista Médica del Uruguay* y los restantes, en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, intentando localizar allí trazos lingüístico-discursivos de la transferencia (ver 4.1); en la segunda, a partir de una relectura de los análisis previamente realizados, caracterizaremos, de forma general, las formas en que se articula la transferencia en la escritura de caso clínico psiquiátrico (4.2); y en la tercera, trabajaremos la incidencia del concepto de transferencia en el ámbito psiquiátrico en el Uruguay entre 1899 y 1940 (4.3).

4.1 Análisis de casos clínicos

Para iniciar el análisis discursivo de los casos clínicos psiquiátricos resulta necesario aclarar que, dado que no aspiramos a realizar un análisis histórico ni historiográfico, hemos evitado realizar una cronología. Si bien los casos son analizados en el orden de publicación, no creemos que tal orden permita construir, eventualmente, una “historia” o “evolución” de la escritura de casos. En este sentido, según Foucault (1969/1991), las *formaciones discursivas* se constituyen sincrónicamente, por lo que la única razón para recurrir a una cronología sería para fijar una región de estudio.¹⁰⁰ Realizaremos el análisis discursivo en dos momentos: primeramente, presentaremos de modo descriptivo cada caso, siguiendo, en la medida de lo posible, el orden textual de los elementos clínicos, señalando las formas en que tales elementos se presentan, se organizan y se desarrollan, intentando reflejar la modalidad de concatenación de los signos y síntomas presentes, y la argumentación clínico-psiquiátrica derivada de ellos. En un segundo momento, presentaremos y analizaremos materiales discursivos que nos

¹⁰⁰ A propósito de la *descripción arqueológica*, Foucault considera que la misma “recurrer a la cronología, (...) únicamente, parece, para fijar, en los límites de las positividades, dos puntos: de sujeción: el momento en que nacen y aquel en que se desvanecen, como si la duración sólo se utilizara para fijar ese calendario rudimentario, pero estuviera anulada a todo lo largo del propio análisis; como si sólo hubiera tiempo en el instante vacío de la ruptura, en esa fisura blanca y paradójicamente intemporal en que una formación repentina sustituye a otra. Sincronía de las positividades, instantaneidad de las sustituciones, el tiempo es eludido, y con él la posibilidad de una descripción histórica desaparece. El discurso se arranca de la ley del devenir y se establece en una intemporalidad discontinua. Se inmoviliza por fragmentos, astillas precarias de eternidad. Pero todo en vano: varias eternidades que se suceden, un juego de imágenes fijas que se eclipsan sucesivamente, es cosa de la cual no se hace ni un movimiento, ni un tiempo, ni una historia” (1969/1991, p. 279)

permitan inferir el papel de la transferencia en el discurso psiquiátrico. En particular, destacamos tres tipos:

1. *Escenas enunciativas que refieran a la interacción médico-paciente –que, como vimos en el capítulo 3, constituyen “modos específicos de acceso a la palabra”–, y que establecen “especificaciones locales” en los espacios de enunciación, las cuales se instauran como “espacios particularizados” del “agenciamiento del hablante en locutor” (Guimarães, 2014, p. 58), permitiendo establecer lugares enunciativos, donde quien dice asume ciertos enunciados (Guimarães, 2013);*
2. *Contradicciones en el diagnóstico que hagan referencia a “escenas de transferencia”, que las buscaremos en los momentos de “falla” en la argumentación naturalista-descriptivista –la cual buscaría arribar a un diagnóstico a partir de los elementos clínicos observados–, permitiendo indicar que la determinación diagnóstica es de naturaleza transferencial;*
3. *Referencias a elementos lingüísticos (adjetivos, verbos, etc.) que no constituyen propiamente una escena, pero que permitirían inferir la presencia de la transferencia.*

Tal selección de materiales discursivos nos permitirá destacar, en la escritura del caso, la relación y diferencia entre el modelo ideal de racionalidad naturalista-racionalista, que organizaría la determinación del diagnóstico en psiquiatría y la propia escritura de caso. Si bien las referencias a la epistemología permitirían mostrar una lógica universalista-organicista, en la que se eludiría la referencia a componentes específicos de la interacción con los pacientes, en particular la transferencia, la escritura de caso podría presentar, eventualmente, lugares de jerarquización de la relación en los que se mostrarían secuencias de interacción o se introducirían escenas privilegiadas que permitirían señalar la presencia del fenómeno transferencial. A través de estas escenas, intentaremos inferir cierto grado de certeza en relación al papel jugado por la transferencia en relación a la semiología, la determinación diagnóstica, el tratamiento y la cura.

4.1.1 Un caso de *astasia-abasia* (Morelli, 1899)

Presentación del caso

El texto aquí abordado es publicado en la *Revista Médica del Uruguay* en 1899, en el cual Morelli reporta un caso de *astasia-abasia*. Dicho caso nos permitirá mostrar

una modalidad particular en que se presentaría *la forma canónica de determinación diagnóstica*¹⁰¹ y los efectos del *tratamiento moral* sobre el paciente. Cabe consignar que, prácticamente, no figuran referencias directas a la interacción médico-paciente, sino que el foco parecería estar colocado en la descripción de los antecedentes hereditarios, antecedentes personales de la paciente, la etiología, la delimitación del diagnóstico, del tratamiento y la cura.

El texto comienza con una referencia a la falta de antecedentes hereditarios destacables y a los antecedentes personales de la paciente, junto a una descripción de los síntomas de su enfermedad. Según el autor, la misma padecía “frecuentes neuralgias faciales, causadas por caries en algunos dientes”, y por ello “decidió la madre (...) llevarla al consultorio de un dentista” (1899, p. 257). Tal resolución habría producido “una gran impresión en el ánimo de nuestra enferma, la cual, después de dos días, presentó ‘temblor’ intenso que le impedía la marcha y hasta la estación de pie” (ídem). La causalidad orgánica de la enfermedad (“caries”) y emotiva (“gran impresión”, “temblor”), llevan a Morelli a desarrollar consideraciones etiológicas: “si bien en la mayoría de casos es la neurosis en cuestión la que debe ser incriminada, pueden existir otras enfermedades causales (...) ha sido señalada el bolo exoftálmico (...) y aún después (...) lesiones cerebrales” (ídem).

Posteriormente, a partir del examen de la paciente, Morelli expone los rasgos clínicos principales del cuadro: refiere que la actitud de la paciente y fuerza muscular de sus extremidades eran normales, pero, cuando la enferma se ponía de pie, se producían movimientos que impedían la marcha. El eje sobre la observación de los elementos clínicos le permite a Morelli determinar el diagnóstico de astasia-abasia, haciendo referencia a Blocq.¹⁰²

Al describir el transcurso del tratamiento, Morelli refiere a la interacción ocurrida con su paciente: “le anuncié para mi visita siguiente una aplicación de termocauterío. Al día siguiente nueva aparición de la alteración motriz con todos los caracteres arriba mencionados” (1899, p. 258), ante lo cual, dadas las quejas de la

¹⁰¹ A lo largo del análisis de los casos, mostraremos las formas en que se presenta el funcionamiento canónico de determinación diagnóstica y las variaciones o excepciones que son introducidas en cada caso.

¹⁰² Si bien Morelli refiere al cuadro de Astasia-abasia de Blocq, no cita a dicho autor, aunque es visible la relación entre la definición de Blocq y la forma en que Morelli describe el cuadro. Según Blocq, “un estado mórbido en que la imposibilidad de la estación vertical y de la marcha erecta contrastan con el estado normal de la sensibilidad, de la fuerza muscular y de la coordinación para los otros movimientos de los miembros inferiores” (1888, s.n.).

paciente, Morelli decide realizar las siguientes maniobras en sus brazos y cuello: “por medio de presiones en los brazos y excitaciones en la faringe provoca una intensa crisis de lágrimas” (ídem), e “inmediatamente la enferma se siente mejor” (ídem).

Análisis discursivo

Iniciamos el análisis discursivo estudiando las escenas enunciativas que hacen alusión a la interacción entre el médico y su paciente. En este caso, Morelli no establece referencias directas a la interacción, sino a elementos clínicos de la enfermedad. En relación al diagnóstico, el autor examina a la paciente haciendo eje en la descripción de los elementos clínicos que le permitirían determinar el cuadro:

“sentada y acostada, la actitud de la paciente es completamente normal” (ídem);

“normal se muestra la fuerza muscular” (ídem);

“se produce una serie de movimientos en las extremidades inferiores que hacen imposible toda progresión y obligan a la paciente a apoyarse en la pared” (ídem).¹⁰³

Estos enunciados parecerían mostrar algunas modalidades en las que se pone en práctica una racionalidad centrada en la mirada, la cual (como vimos en el capítulo 2) articula una *posición epistemológica naturalista*, con foco en los elementos observacionales –en este caso, la actitud y las acciones de la paciente–, como si fuera posible establecer una relación de *continuidad* entre las diferentes observaciones sensibles (entre sí); y como si se pudiera trazar una *continuidad* entre tales “observaciones sensibles” (situación) y la determinación del cuadro astasia-abasia (propiedad). En el análisis de este caso nos enfocaremos en este último problema.

En el capítulo anterior (3.4) habíamos establecido la articulación entre la psiquiatría de la época y el racionalismo kantiano (Saurí, 1996) que fundamentaría el establecimiento de una *continuidad* desde la observación, dando lugar a intuiciones sensibles, al establecimiento de “unidades” y “juicios de experiencia” (Kant, 1787/2003). Esta articulación se establece *como si* existiese una relación de *necesidad lógica* entre tales intuiciones y las categorías *a priori* que permiten realizar la síntesis¹⁰⁴ de los contenidos, lo que en el discurso psiquiátrico se trasladaría como una relación de

¹⁰³ A lo largo del análisis de los casos expondremos varias series de elementos clínicos en su condición de materiales discursivos. El abordaje de tales elementos nos servirá para comprender de qué maneras es delimitado el diagnóstico, la etiología, el tratamiento y la cura. Realizaremos la presentación de materiales discursivos de este tipo mediante el uso de sangría y tamaño de fuente inferior al resto del texto.

¹⁰⁴ Mediante la cual “lo caótico de lo dado está bajo la condición de una unidad” (Adorno, 1959/2015, p.253)

continuidad entre lo "observado" en el análisis clínico y la categoría universal del cuadro clínico correspondiente. La racionalidad psiquiátrica determinaría una relación de *continuidad* entre "lo observado" y el cuadro, *como si* –yendo ahora al caso en cuestión– *existiera una relación lógica de necesidad entre la actitud de la paciente y los movimientos de las extremidades*; como si fuera posible establecer una “síntesis” entre actitud y movilidad por la mera presencia de sus referencias. Esta operación permitiría ligar lo *observado* a una categoría universal (el cuadro clínico), estableciendo una *aparente continuidad* entre lo *visto* y la categoría universal “astasia-abasia”, operación que no sería sino una puesta en discurso del *Mito continuista empírico subjetivista* (Pêcheux, 1975/2016) (ver apartado 3.4). En el caso bajo análisis, aquello que es presentado como "observaciones concretas" parecería conducir a una universalización mediante la referencia a la categoría universal “astasia-abasia”¹⁰⁵. Veamos cómo podemos "reconstruir" el cuadro presentado por Pêcheux (ibid.)

	Origen	Universalización
Categorías lógico-gramaticales de referencia	Yo Ver Presente Aquí	En todas partes Para todo X Siempre
Forma base del enunciado	[yo digo que] yo veo esto	Es verdad que
	[yo veo que], “la actitud de la paciente es normal” (Morelli, 1899, p. 257-258). “[yo veo que] “se muestra la fuerza muscular” (ibid., p.258). “[yo veo que] se producen una serie de movimientos” (ídem).	[es verdad que se presenta] “Un solo síntoma o síndrome responde a estos caracteres: la Astasia abasia de Blocq y Charcot” (ibid., p. 259).

¹⁰⁵ Según Saurí (1996), el procedimiento de determinación de una categoría nosológica, en relación a una entidad clínica, se da mediante la aplicación del concepto de entidad nosológica (astasia-abasia, por ejemplo) a cierta unidad mórbida, “cuyas diversas manifestaciones, estudiadas desde diferentes ángulos, coinciden causal y patogénicamente en cualquiera de los niveles estudiados” (p. 71).

Desde un *punto de vista antidescriptivista* (Kripke 1981/2005), es posible mostrar una “falla” en la concatenación de los enunciados que presentan el caso en relación a la Astasia-abasia, dado que los enunciados se articulan en una relación de *contigüidad*, de *vecindad*. De tal modo que, para integrar tales elementos, sería necesaria una operación de *nominación*, capaz de reunir el contenido de varios enunciados. En la medida en que se nombra la enfermedad como Astasia-abasia, ello permitiría agrupar diferentes elementos clínicos que mantienen una relación de *contigüidad*, o *vecindad*, pero que podrían no tener entre ellos ninguna relación de *implicación recíproca*.

Al observar este cuadro, es posible señalar que, si bien se muestra el razonamiento clínico típico –la forma canónica de determinación diagnóstica de la psiquiatría de la época–, tal racionalidad sería operativa sólo si se determina la entidad nosológica (Saurí, 1996), dado que (como indicamos en el capítulo 3), a partir de los elementos semiológicos, es posible aludir a un conjunto de cuadros o síndromes posibles, pero no necesariamente a un síndrome o cuadro clínico único. Por ello, si bien las referencias a las observaciones clínicas presentadas por Morelli permitirían señalar la Astasia-abasia, tal presencia no permitiría afirmar, sí y solo sí, este síndrome y no otro, como si se tratase de una verdad de carácter universal. Los enunciados referidos en el cuadro de origen (en el caso) no serían capaces de describir cabalmente las propiedades de un síndrome, a fin de determinar que se trate exclusivamente de Astasia abasia y no de otro síndrome, salvo que, según Saurí (ibid.), se aplique el concepto de *entidad nosológica* a la “unidad mórbida” constituida por los elementos clínicos presentes en el caso. Con todo, ello involucraría un ejercicio de la mirada, es decir, un “ojo clínico”, el cual implicaría: por un lado, cierta arbitrariedad puesta en juego en el acto de nombrar, la cual estaría dada ante la consideración del posible aval o rechazo de la comunidad psiquiátrica; por otro lado, una operación nominalista que (como vimos en el capítulo 2) haría presente al ser de la enfermedad a partir de su nominación, de tal modo que la enfermedad *es Astasia-abasia* en tanto que es nominada como tal.

En relación a los elementos lingüísticos que nos permitirían inferir el fenómeno transferencial tal como podría operar en este caso, es posible señalar que, en la observación de los antecedentes sintomáticos, Morelli expresa que la paciente “es de carácter nervioso y pusilánime” (1899, p. 257), lo que cual parecería constituir una puesta en marcha del saber semiológico, pero en articulación con una apreciación

subjetiva del médico sobre el carácter de la paciente. Este punto podría indicar la puesta en marcha de la transferencia en el sentido *imaginario* (como hemos referido en el apartado 1.4.1), ya que adjetivar a la paciente de “pusilánime” no deja de tener vínculo con aquello que Lacan llamó *relación imaginaria especular*, condensada en la expresión “*Tú eres eso*” (1949/2014, p. 105). Dicho de otro modo, el adjetivo “pusilánime” constituiría el significante que dejaría en evidencia a la transferencia, o sea, a la relación imaginaria entre el médico y la paciente.

4.1.2 Locura comunicada entre dos hermanas (Etchepare, 1904/1929)

Presentación del caso

El presente caso de Etchepare fue publicado en la *Revista Médica del Uruguay* en 1904 y publicado nuevamente, de manera póstuma,¹⁰⁶ en 1929, año en que inicia la publicación de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.

Etchepare inicia el texto discutiendo sobre la existencia del cuadro de *locura comunicada*, dialogando con varios autores: Falret, Lásegue, Régis, Clerámbault, Guiard, entre otros. El caso es introducido mediante una referencia a los antecedentes hereditarios y personales de dos hermanas, que son referidas mediante los apodos o sobrenombres¹⁰⁷ “Diamantina” y “Adelaida”. Veremos que estos apodos parecen, de cierto modo, "caricaturizar" los rasgos clínicos de las pacientes. En cuanto a los antecedentes de la enfermedad de las dos hermanas, Etchepare dice de Diamantina que “es una verdadera alienada de tiempo atrás” (1904/1929, p. 538). Sobre al estado general de Adelaida, expresa que “era normal en sus manifestaciones, no era débil mental” (ídem) y que termina “por ceder y por asimilarse a un delirio de persecución (...) fabricado por la otra” (ídem). Lo descrito lleva a Etchepare a proponer un cuadro de locura comunicada, dado que, según éste, existirían antecedentes de enfermedad mental (de locura) en la familia; por otro lado, Diamantina presenta una afectividad deficiente y una locura moral, pero es inteligente y pretende ordenar a a su hermana – por ende, es la verdadera “causante del delirio” (ídem)–; y, por último, su hermana era percibida apenas como una imitadora, sometida al influjo de su hermana. Tal descripción parecería concordar con la delimitación de propio cuadro:

¹⁰⁶ Etchepare falleció en el año 1925.

¹⁰⁷ No hay que confundir el apodo o el sobrenombre con el seudónimo, pues este último es elegido por la persona, ya que es un “nombre utilizado por una persona en un determinado ámbito, en lugar del suyo verdadero” (RAE)

Laségue y Falret (...) establecen condiciones especiales (...) para su aparición (...): 1.º inteligencia mayor del sujeto que tiene delirio, y que le impone progresivamente al segundo, más débil de espíritu; 2.º necesidad de una vida en común (...), con idénticas costumbres, placeres e ideales; y 3.º verosimilitud del delirio que debe basarse sobre hechos ocurridos en el pasado o en temores o esperanzas concebidas respecto del porvenir (...). Regís en 1880 (...) trata de locura comunicada, siendo necesario para que ésta se produzca que un individuo goce normalmente sobre otro individuo de una autoridad intelectual incontestable, que estos individuos vivan en contacto prolongado y que el sujeto activo comunique su delirio (ibid., p. 522-523).

Al realizar el diagnóstico diferencial, Etchepare concluye que “no hay locura simultánea, sino locura comunicada. No hay locura impuesta tampoco, pues Adelaida, sujeto comunicado, alejada de su hermana, confiesa ideas de hipocondría que la otra no tenía” (ibid., p. 539).

En relación a las referencias al tratamiento, Etchepare dice sobre Diamantina: “se enoja con la enfermera que la sujeta” (ibid., p. 535); “no quiere dar informes” (ídem); “siempre muda ante el médico, tapándose la cara con las manos” (ibid., p. 536), lo que mostraría, según Etchepare, el negativismo de la paciente. Mientras tanto, sobre Adelaida expresa: “llegó algo agitada, gritaba, lloraba (...). El día siguiente lo pasó tranquila, un poco triste, silenciosa” (ibid., p. 534); “Le pregunto a qué se debe su obediencia y responde: 'yo no le pregunto más' (...) Le pregunto si Diamantina tiene algún poder sobre ella o si obedece por cariño, y no nos contesta” (ídem), ante lo cual, el autor considera que allí podría señalarse un cambio de carácter. Adelaida pasa de ser cariñosa a mostrarse evasiva, lo cual es señalado, según la semiología de la época (Regís, 1887/1911; Chaslin, 1912/2010), como un elemento etiológico significativo para el inicio de la enfermedad, dado que refiere a un cambio de carácter.

Ante la insistencia del comportamiento negativista de las pacientes, Etchepare decide aislarlas, luego de lo cual se produciría la cura:

Abril 15 - Al tercer día de aislamiento absoluto, de clinoterapia severa y de baños tibios de una hora y más, las dos hermanas han cambiado de idea. (...) han reconocido su error y pedido disculpa a las personas que habían ofendido (...). Son trabajadoras (...). Con la religiosa se muestran correctas, así como con el médico (...). Su estado mental mejora visiblemente.

(...)

Mayo 10 - Cuentan a las hermanas con gran alegría que su padre les ha mandado hacer unos vestidos (...).

Mayo 25 - Hablan razonadamente. Trabajan de la mañana a la noche. Su última entrevista con el padre ha sido perfecta (...).

Mayo 30 - Alta definitiva a solicitud del padre (Etchepare, 1904/1929, p. 537-538).

En los pasajes antes citados, la cura no estaría aludida únicamente en su acepción de remisión sintomática, sino que también apuntaría a cambios positivos en el comportamiento: hacia el padre, el médico y el personal de salud; en la alimentación y el sueño; en la relación con el trabajo. En suma, la cura no se reduciría a una pura remisión sintomática, sino a un *proceso de readaptación moral y social*. En dicho proceso se buscaría no sólo que las pacientes se "curen", sino que actúen en conformidad con ciertos preceptos morales, esto es, que sean buenas, amables y educadas, lo que hace de la cura el resultado de un procedimiento moral.

Análisis discursivo

Iniciamos el análisis discursivo indicando las escenas enunciativas que refieren a la interacción psiquiatra-paciente. Refiriendo al interrogatorio de las pacientes, Etchepare introduce los siguientes enunciados:

“no nos contesta” (ibid., p. 534);

“rara respuesta formulada de mal modo” (ibid., p. 531);

“se enoja con la enfermera que la sujeta” (ibid., p. 535);

“No quiere dar informes” (ibid., p. 535);

“siempre muda ante el médico, tapándose la cara con las manos” (ibid., p. 536).

Tales enunciados parecerían señalar la entrada de una *escena narrativa*, dado que (como aludíamos en el apartado 3.4) se introducen referencias a una escena que aborda vicisitudes humanas, sucesos, dramas, conflictos, elementos que parecerían apuntar a la transferencia negativa entre las pacientes y el psiquiatra. Como veremos, tal referencia a la transferencia parecería tener un papel destacado en el establecimiento del diagnóstico. En la determinación del diagnóstico se introduce una referencia que apuntaría al decir de la paciente, presente en la expresión “confiesa ideas de hipocondría” (ibid., p. 539). Este enunciado podría considerarse, en cierto sentido, un *enunciado dividido*, en la medida en que remitiría a dos formaciones discursivas o *regímenes de verdad* en tensión (Foucault, 1978/2011): el término "confesión", anclado en una discursividad religiosa, y el término "hipocondría", proveniente de una discursividad médico-psiquiátrica. Por un lado, la figura de la confesión obligaría a decir lo “verdadero”, y en tanto que obliga a decir, haría que quien confiesa se coloque en determinada posición en relación al saber, como alguien que sabe sobre *su* verdad, que puede decir como verdadero incluso algo

que pueda ser falso (Foucault, 1978/ 2011). Por otro lado, la referencia a la hipocondría remitiría, en el discurso psiquiátrico, a una creencia infundada, en la cual la paciente cree padecer una enfermedad grave. De modo que, si bien confiesa “verdaderamente” tener ideas de hipocondría, al confesarse, erra, esto es, se equivoca en creer que padece una enfermedad grave que no tiene. Para determinar tal error bastaría con que se articulase, en el discurso, la referencia al psiquiatra. Esto permitiría que dicha creencia pudiese ser considerada exagerada o falsa para dicho médico, de modo que la determinación del error o el acierto del decir de la paciente, y de su creencia, quedaría establecido a partir de la acción del “portador” del discurso psiquiátrico. Esta acción parecería ser crucial para el diagnóstico, puesto que establecer como erróneo el contenido de la confesión de ideas de hipocondría sería clave para demarcar el cuadro de locura comunicada y descartar los diagnósticos de locura simultánea y locura impuesta. De este modo, el psiquiatra no sólo es capaz de reconocer ante la manifestación de la enfermedad su verdadera constitución, sino que además parecería poder penetrar más allá de su presencia.¹⁰⁸

Ante esta determinación diagnóstica, podemos notar un movimiento de articulación lógica, que permitiría ir desde la observación de la interacción –de las pacientes con el médico, y entre las pacientes–, a la determinación del cuadro, que podemos comprender en referencia al *mito continuista empírico subjetivista* (Pêcheux, 1975/2016), de un modo muy próximo al caso presentado por Morelli. Como puede apreciarse, Etchepare (1904/1929) refiere primeramente a la interacción de las pacientes con el psiquiatra:

	Origen
Categorías lógico-gramaticales de referencia	Yo Ver Presente Aquí
Forma base del enunciado	[yo digo que] yo veo esto
	[yo veo que] “llegó” (ibid., p. 531); [yo veo que], “se <u>enoja</u> ” (ibid., p. 535); [yo veo que] “No <u>quiere</u> dar informes” (idem)

¹⁰⁸ Esta capacidad del psiquiatra de ver el “error”, la “exageración” en una enfermedad, de ir más allá de lo que se le presenta, nos llevaría a señalar la articulación del discurso religioso dentro del discurso psiquiátrico. Esto no sólo apuntaría a la constitución híbrida del discurso psiquiátrico, que presenta un compromiso con la clínica y con cierto discurso moral-religioso, articulado en el tratamiento moral. Este componente moral-religioso parecería dotar al saber psiquiátrico de un carácter de saber absoluto, compuesto de ciertas “cualidades especiales”, “espirituales” que le permitirían acceder a lo “no visto”, a un aspecto que va más allá de lo observable, a un aspecto que no se presenta en la manifestación de la enfermedad, o que, si lo hace, es posible saber con certeza que es erróneo o exagerado.

	[yo veo que] “ <u>hace una mueca de desdén</u> , pero nada responde” (ibid., p. 534).
--	---

Nótese aquí cómo, a partir de las observaciones de la interacción con las pacientes, se produce en la escritura del caso un movimiento hacia la generalización del cuadro. Ilustramos dicha generalización a partir del siguiente cuadro:

	Generalización
Categorías lógico-gramaticales de referencia	Él, X/ yo Decir Pasado En otro lado/ aquí
Forma base del enunciado	Se me dijo que Fue constatado que
	[Fue constatado que] “La observación que antecede nos muestra un sujeto con algunas taras psíquicas, carácter vivo, demasiado serio para su edad, con ningún cariño hacia su padre y que primeramente toma participación en la huida de la hermana, que tampoco era normal, y cuya muerte por suicidio le causa una pequeña tristeza. Aunque Diamantina tuvo un rol en la escapada de su hermana mayor que fue causa de su muerte, esto no la ha afectado de una manera notable. Hay, pues, una afectividad deficiente, en otros términos, alguna locura moral. (...). De pronto pretende ordenar a su hermana, que discute su autoridad, pero que menos dotada intelectualmente concluye por someterse. Adela era normal en sus manifestaciones, no era débil mental, Diamantina es una verdadera alienada de tiempo atrás. Concluye Adela por ceder y por asimilarse a un delirio de persecución formulado con su padre y fabricado por la otra” (ibid., p. 538)

Posteriormente, es posible constatar un nuevo distanciamiento, en tanto que parece omitirse toda referencia a la interacción con las pacientes al ligar el cuadro general a la descripción de la categoría universal de locura comunicada.

	Universalización
Categorías lógico-gramaticales de referencia	Todo sujeto [cada uno, quienquiera que sea] Pensar Siempre En todas partes
Forma base del enunciado	Es verdad que
Elementos semiológicos que permiten determinar el cuadro	[es verdad que] “Laségue y Falret (...) establecen condiciones especiales para su aparición que pueden condensarse en las siguientes: 1.º inteligencia mayor del sujeto que tiene delirio, y que le impone progresivamente al segundo, más débil de espíritu. 2.º necesidad de una vida común, en toda la acepción de la palabra, con idénticas costumbres, placeres e ideales; y 3.º verosimilitud del delirio que debe basarse sobre hechos ocurridos en el pasado o en temores o esperanzas concebidas respecto del porvenir (...). Régis (...) divide la locura 'a dos' en dos grupos. En el Iro se trata de locura comunicada, siendo necesario para que ésta se produzca que un individuo goce normalmente sobre otro individuo de una autoridad intelectual incontestable, que estos individuos vivan en contacto prolongado y que el sujeto activo comunique su delirio, que debe tener caracteres verosímiles” (Etchepare, 1904/1929, p. 522-523).

El movimiento de determinación del diagnóstico, que afirma como verdadera la existencia de un cuadro de locura comunicada, en tanto se cumplen las condiciones de su aparición, se caracterizaría por un distanciamiento / disimulación de los trazos transferenciales con las pacientes y por una remisión al cuadro general, que presenta, en este caso, determinar la categoría universal de “locura comunicada”. Esto podría sugerir que se estabiliza la escena mediante un ejercicio de descripción de lo observado, generalización de lo observado a un cuadro y universalización del cuadro mediante la articulación de una categoría universal.

Respecto a la referencia a elementos lingüísticos que nos permitirían inferir fenómenos transferenciales puestos allí en juego, es posible señalar que, durante la interacción con las pacientes, se introducen los adjetivos “rara” (ibid., p. 531), “muda” (ibid., p. 536), “mal” (“respuesta formulada de mal modo”) (ibid., p. 531) y los verbos “contesta” (“no nos contesta”) (ibid., p. 534) y “quiere” (“no quiere”) (ibid., p. 535). Como ya vimos, la narración tiende a presentarse en momentos de crisis o transgresión –lo que en este caso se presentaría como *transferencia negativa* entre las pacientes y el psiquiatra.

Por otra parte, al describir los antecedentes personales de las pacientes, Etchepare emplea los sobrenombres o apodos “Diamantina” y “Adelaida”. A partir de allí nos preguntamos: ¿porque el autor, para dejar en reserva la identidad de los pacientes, utiliza tal recurso, en vez de simplemente emplear las letras iniciales de sus nombres propios y/o apellidos, como suele ocurrir en otros casos? ¿Qué función cumpliría la introducción de tales apodos o sobrenombres?¹⁰⁹

Si entendemos al apodo como un “nombre que suele añadirse o sustituir al nombre verdadero de una persona y que se basa en alguna característica física o moral de esta” (RAE), es posible considerar que los apodos “Diamantina” y “Adelaida” caracterizan/caricaturizan a las pacientes.

El uso de apodos o sobrenombres puede ser analizado de acuerdo a las dos modalidades funcionamiento discursivo ya referidas como descriptivismo y antidescriptivismo. La posición descriptivista, representada por autores como B. Russell, realiza un reduccionismo logicista, de hecho, al afirmar que los nombres propios pueden ser substituidos por descripciones. Según Russell (1911; 1912; 1918-

¹⁰⁹ En el caso *Ceguera histérica* Etchepare refiere a la paciente como *X. X.* y en el caso *A propósito de la sordera verbal congénita* refiere a la paciente como *T. P. de R.*

19), el *nombre propio* puede ser utilizado como un símbolo simple que sirve para referir a un objeto y designar un particular (*a word for particular*). Apoyándonos en dicha definición, podrían avanzarse en un análisis logicista que consideraría que “Diamantina” y “Adelaida” serían dos formas muy particulares del nombre propio, capaces de aludir a características concretas de las pacientes. Esta posición, sin embargo, desconocería la diferencia *discursiva* entre sobrenombre, nombre común y nombre propio.¹¹⁰ Cuando Russell alude a las *descripciones definidas*, esto es, aquellas que podrían sustituirse por un nombre propio, toma como ejemplo el nombre propio “Venus” al cual asocia las descripciones definidas del tipo “lucero matutino” o “lucero vespertino”, pero no a descripciones del tipo “planeta de tipo rocoso, de tamaño similar a la tierra y atmosfera caliente”. Si fuera de este modo, no sería posible sustituir un nombre propio por cualquier descripción, porque no toda descripción es definida. En este sentido, ¿sería realmente posible sustituir los apodos de las pacientes por las descripciones asociadas a ellas? Por otra parte, aún en el caso de las descripciones definidas del nombre “Venus”-lucero matutino, lucero vespertino- en la medida en que su información se considere parte de su significado, ambas descripciones no pueden tener exactamente el mismo significado. Si “el lucero matutino” y “el lucero vespertino”

¹¹⁰ Para Russell: “las palabras ordinarias, incluso los nombres propios, son generalmente, en realidad descripciones. Es decir, el pensamiento en la mente de una persona que usa un nombre propio correctamente sólo puede ser expresado explícitamente, por regla general, si remplazamos el nombre propio por una descripción” (1911, p. 206; 1912, p. 29). A partir de este planteo de Russell, los apodos “Diamantina” y “Adelaida” operarían como nombres propios, por lo que podrían ser sustituidos por descripciones, las cuales proporcionarían información sobre los objetos que se nombran (sobre las pacientes). Dichas descripciones, desde ese punto de vista, permitirían no solo nombrar -es decir, no sólo denotar, en tanto que aludirían a objetos concretos- sino también describir, en particular, los rasgos clínicos presentes en estas pacientes. Nótese que el término “Diamantina”, que tiene un uso específico en química para describir algunas características del diamante (brillo diamantino, dureza diamantina, consistencia diamantina, etc.), se utilizaría aquí para caricaturizar la descripción de los rasgos clínicos de esta paciente: “era inteligente, contraída, aprendía fácilmente y tenía memoria. Era trabajadora en su casa. Sin obsesiones inhibitorices ni impulsivas; de carácter muy vivo, muy altiva, seria, excesivamente seria acaso, nada cariñosa con sus padres, pero obediente” (Etchepare, 1904/1929, p. 529). A partir de dicho pasaje es posible notar lo siguiente: en primer lugar, Etchepare aludiría a la inteligencia, la capacidad de aprendizaje y la memoria de la paciente –“era inteligente, aprendía fácilmente y tenía memoria” (ídem)–, lo que podría asociarse a lo “brillante”, propiedad del diamante, o lo diamantino; en segundo lugar, haría referencia a la falta de patologías –“Sin obsesiones inhibitorices ni impulsivas” (ídem)–, lo que podría asociarse a la ausencia de otros elementos clínicos significativos –la ausencia de “impurezas”, característica de un buen diamante–; y, por último, apuntaría a la dureza de carácter –“carácter muy vivo, muy altiva, seria, excesivamente seria acaso, nada cariñosa con sus padres” (ídem)–, que podría asociarse intuitivamente a la dureza de un material, propiedad de los diamantes. En relación a la otra hermana, “Adelaida”, podemos señalar que la etimología de su apodo o sobrenombre derivaría del antiguo nombre germano “Adelheid”, compuesto de “athal” (“nobleza”) y “heid” (“aspecto”), por lo que significaría “de noble aspecto”, caracterización que parecería quedar reflejada en la descripción que Etchepare realiza de sus antecedentes personales: la describe como alguien “mucho más cariñosa” (ibid., p. 533), “de carácter mucho más pacífico que la otra” (ídem).

no tienen exactamente el mismo significado, ello no puede ser explicado apelando sólo al objeto nombrado, dado que éste es el mismo en ambas descripciones. Por ello, estas dos descripciones definidas parecerían constituir un contraejemplo para la propuesta de Russell, pues, su significado no consistiría en únicamente nombrar un objeto. En el acto de nominación presente en los apodos “Diamantina” y “Adelaida” podemos señalar, entonces, un plus de sentido, un más allá de su aspecto descriptivo, en tanto que, en la descripción realizada (ver nota al pie 107), no figurarían elementos suficientes para *justificar* discursivamente que aquella paciente dura, contraída y dominante, sea denominada “Diamantina”, o que la otra hermana, menos inteligente, nerviosa y dominada, sea nombrada como “Adelaida”.

A partir de aquí, intentaremos mostrar como el funcionamiento de este “plus de sentido” puede ser analizado desde la otra modalidad discursiva que aquí está en juego, esto es, el antidescriptivismo. De acuerdo con Kripke (1981/ 2005), los nombres (comunes y propios) poseen designador rígido (ver apartado 3.4), es decir que, si bien designan objetos, carecen de significado. Ninguna descripción ligada a ellos podría aportar el significado de tales nombres. La asignación de apodos o sobrenombres a las pacientes constituiría un acto de “bautismo primigenio”; ello significaría que, si una palabra opera como si fuera un nombre no es porque sea una mera descripción concreta o abreviada, sino porque “la cadena causal externa determina la referencia aún en el caso de nociones genéricas” (Zizek, 1989/2003, p. 129). Si a una determinada persona se le asigna el apodo “Diamantina” o “Adelaida”, tales apodos no pueden sustituirse por descripciones, sino que son producto de un bautismo que introduce un plus de significación.

El designador rígido o el trazo destacado en la caricatura/ parodia puede ser vinculado con el rasgo unario, propuesto por Lacan. Según Lacan (1961-1962), “si algo es un nombre propio, es en tanto que no es el sentido del objeto lo que lleva con él, sino algo que es del orden de una marca aplicada de alguna manera sobre el objeto, superpuesta a él” (p. 14), que le da un carácter distintivo. Si hay un sujeto que es nominado como X, ese sujeto no sería confundido con el significante como tal; no obstante, el mismo “se despliega en esta referencia al significante, con rasgos, caracteres perfectamente articulables y formalizables” (ibid., p. 17). Se trata de aquello que permite captar “el carácter idiótico (...) en el sentido en el que, desde hace tiempo, hago intervenir, a nivel de la definición del inconsciente, la función de la letra” (idem),

en tanto que el nombre se dirige a alguien en su carácter de “remitente” y permite ilustrar los efectos del significante en su materialidad sobre los sujetos. Cuando se nombra a alguien, se introduce sobre él un trazo, “algo del orden de este trazo unario en tanto que funciona como distintivo, que puede dado el caso desempeñar el papel de marca” (ibid., p. 20). De hecho, “la característica del nombre propio está siempre más o menos ligada a este rasgo {*trait*} de su unión, no al sonido, sino a la escritura” (ibid., p. 24). Por ello, el acto de escribir “Diamantina” y “Adelaida” no consistiría apenas en introducir una mera significación, sino también un trazo que cuenta por uno. Según Lacan (ibid.), aquello que se nombra es el sujeto, en el entendido de que el nombre está directamente vinculado con aquello que designa la diferencia absoluta. En este sentido, según Haddad (2014), el nombre propio posibilitaría pensar el lugar en el que, a partir del (encadenamiento del) significante, podríamos aproximarnos a la huella del objeto mediante el rasgo unario.

Si cuando Echebare da nombre a las pacientes nos encontramos ante un sujeto que hace uso del nombre propio (por lo menos en apariencia), es porque el nombre propio es posible “leerlo”. Precisamente, una de las formas que adoptaría el nombre propio es la caricatura, el apodo, el sobre-nombre: el nombre propio puede *ser leído* como caricatura. Según Haddad (ibid.), el acto de lectura del nombre por parte del sujeto – quien, por consiguiente, también “lee” la marca del objeto ausente– implica, por sí mismo, un “tratamiento”, una aproximación al “rasgo”, esto es, al significante¹¹¹. En efecto, como vimos en el apartado 3. 4:

(...) el nombre propio puede leerse de diferentes maneras, pero dicha operación ya implica darle un sentido, una significación que en sí misma el nombre no conlleva. Podríamos decir que ‘las’ lecturas del nombre propio pueden ser ‘en plural’, justamente porque el nombre propio remite a un lugar ligado a la abertura y a la escritura.

Por eso, consideramos que no hay ‘una’ traducción del nombre propio porque nombrar es diferente de clasificar o de otorgarle atributos a un objeto. Nombrar se relaciona con el lugar donde el objeto ha perdido sus atributos y sus rasgos (Haddad, 2014, p. 68).

En este caso, dicho lugar parecería estar marcado por las particularidades de la interacción del médico con sus dos pacientes, que determinarían el establecimiento de

¹¹¹ Es interesante notar que en inglés la formación y el significado de nickname (apodo). “nick” es corte, muesca, mella, marca, y también quiere decir sobrenombre informalmente. Es como si en español existiese el término: “rasgonombre” o “muescanombre”.

una *situación transferencial* en la que se vuelve posible localizar *trazos* que podrían evidenciarla. En virtud de ello, podemos considerar que los apodos “Diamantina” y “Adelaida” se introducirían como si fueran nombres propios en tanto que apuntarían a la determinación de un rasgo unario.

A pesar de ello,

(...) el nombre propio es un significante puro que no significa nada, lo que Kripke llama un “designador rígido”. El nombre propio definitivamente no es la abreviatura de una lista de propiedades (esto es, por supuesto, la base de la crítica de Kripke a Bertrand Russell, sobre la que no quiero entrar ahora). La significación de los nombres propios es sólo relevante en relación a su referencia (Rouse, 2018, p. 4).

En los términos lógicos de Frege, si los nombres propios pueden tener un *Sinn*¹¹² (un sentido) –“y a los neuróticos ciertamente les gusta dar a sus nombres propios un sentido” (ibid., p. 5) -, es porque a “los nombres propios los “hace descender” a **nombres comunes**¹¹³ (ídem).

Un nombre común es un significante, un significante metafórico que “cancela' el nombre propio, lo hace sólo para imponer, como dice Lacan en el *Seminario III*, una 'identidad literal' entre los dos, una identidad que crucialmente sirve como índice (...) de la idea de paternidad” (ibid., p. 2), es decir, de la relación de poder. Cuando se considera a un nombre propio como un apodo, como ocurre al nombrar a las pacientes como “Diamantina” y “Adelaida”, tiende a *reducírselo* a un nombre común (ibid.), lo que permitiría caricaturizar o insultar a estas pacientes¹¹⁴.

Concluyendo, el uso de los apodos puede ser considerado como un trazo transferencia, uno más entre los tantos que pueden ser analizados, pero no es una marca categorial, puede no todo apodo sería necesariamente un trazo transferencial.

4.1.3 Ceguera histórica (Etchepare, 1913)

Presentación del caso

El presente caso es publicado en la *Revista Médica del Uruguay* en 1913. Constituye el primer caso de la psiquiatría nacional en el que se menciona a Freud como psicoanalista, asimilando su labor al *tratamiento moral*. Figura allí una subordinación de la práctica psicoterapéutica-psicoanalítica a los “principios” del tratamiento moral,

¹¹² Las itálicas pertenecen al autor

¹¹³ La negrita nos pertenece

¹¹⁴ Existiría otra posibilidad en relación al uso de tales apodos, ya que los mismos podrían asociarse al contenido de una carta que Diamantina había escrito al señor Madalena, Oficial Mayor del Ministerio de Hacienda, en la que narraba haber visto en sueños a su hermana mayor, quien se había suicidado, rodeada de diamantes, siendo ello un rasgo que podría marcar la nominación de las pacientes.

centrándose en la maniobra del médico sobre el paciente mediante el despliegue del influjo y poder que el discurso psiquiátrico le atribuye.

Etchepare inicia el texto haciendo alusión a los elementos hereditarios que permitirían conocer los antecedentes del diagnóstico de histeria de la paciente, entre los que se destaca la existencia de dos hermanos de la paciente que también habrían presentado cuadros de histeria. Posteriormente, el psiquiatra pasa a caracterizar los antecedentes personales de la paciente, describiéndola como una persona “muy emotiva (...) Miedo excesivo a los ratones. No hay otras fobias: (...) experimenta síntomas de mareo, se ahoga, le falta el aire, etc. (...) He podido constatar su inteligencia en largas conversaciones (...), usando el procedimiento de Freud” (Etchepare, 1913, p. 113). Bajo esta forma, el autor introduciría la referencia a elementos semiológicos del carácter y de las emociones (Chaslin, 1912/2010), los cuales resultarían importantes para la delimitación del cuadro.

Para la determinación del diagnóstico, Etchepare refiere al desarrollo de la enfermedad, relatando el desarrollo de la ceguera: asevera que inicialmente la paciente se habría dado un golpe en el baño, luego del cual, en los días posteriores, “se sintió ciega, quedó ciega” (ibid., p. 114), hecho que le habría obligado a realizar una consulta médica. En dicha visita, la paciente “dice que no ve absolutamente nada; sin embargo, se le observa y se nota, en ese y otros días, que su actitud es fija” (ídem). Ante esto, el médico le pregunta qué estaba mirando y ella responde que “veía el retrato de ella misma” (ídem); no obstante, el autor afirma que “justamente no hay ningún retrato de la enferma y en el sitio señalado no hay absolutamente nada” (ídem). Esto lleva al médico a consultar a Etchepare: “El día 20, el doctor C me pide en consulta sospechando un estado nervioso o mental. Y la veo ese día” (ibid., p. 115). En la misma, anota Etchepare, “parece que me sigue un poco con la vista cuando doy la vuelta de su cama” (ibid., p. 116). Dicha constatación le permitiría delimitar con mayor precisión el cuadro clínico. El autor presenta algunos elementos etiológicos, referidos a la cefalalgia, a la posible ceguera, a elementos emotivos y a un suceso que “por medio de la conversación, pude hacerle recordar que en un cinematógrafo había visto una escena, que había olvidado completamente” (ibid., p. 117), como modo de confirmación de que se encontraba en presencia de “una histérica indudable” (ídem). En la escritura de las consideraciones etiológicas son presentados elementos semiológicos que llevan a Etchepare a considerar la presencia de “una histeria negativa, a base de simulación”

(ídem), tales como pseudoalucinaciones (dice que ve un cuadro), emotividad aumentada, afectación de la percepción visual y actitud fija. Tales elementos permitirían a Etchepare delimitar el cuadro, según el criterio semiológico promedio de la época (Charcot 1882; Chaslin, 1912/2010). A continuación, Etchepare realiza un diagnóstico diferencial, descartando la histeria negativa a base de simulación, en base al argumento de que la paciente provendría de una “buena familia”:

(...) desde que esta niña, sin problema de amor, ni problema familiar, ni social que resolver, pasaba tranquilamente la vida en medio de su familia. No tenía entonces porque simular groseramente la pérdida de visión, para hacerse interesante de forma alguna, o para sacar partido de una situación cualquiera de superchería¹¹⁵ (Etchepare, 1913, p. 118).

En presencia del síntoma de ceguera y de pseudoalucinaciones, Etchepare pasa a considerar un cuadro de histeria de idea fija de forma sonambúlica: “creo que nos hallamos en presencia de la histeria, de uno de esos casos descritos por Janet, como idea fija de forma sonambúlica”¹¹⁶ (ibid., p. 118). Con ello, a través de la referencia a Janet, Etchepare parecería tener en cuenta los aspectos *morales* de la paciente, lo que le permitiría descartar la simulación y referir a la idea fija de forma sonambúlica. Para justificar dicho diagnóstico, Etchepare alude a la alucinación repetida del cuadro de la pared, al síntoma de ceguera y a la amnesia retrógrada, lo cual parecería adaptarse a los aspectos destacados por Janet (1920) en relación a la histeria. Al mismo tiempo, Etchepare destacaría, al igual que Janet,¹¹⁷ la no afectación de las ideas y comportamientos en torno a la condición social de la paciente, lo que indicaría que los pensamientos sobre la posición social no habrían sido suprimidos por efecto de la histeria, descartando así la posibilidad de que la joven pudiera simular.

Durante el tratamiento, realizando “el procedimiento de Freud” (Etchepare, 1913, p.113), el autor menciona una serie de situaciones en la que figura una interacción con la paciente: “en el momento en que la veo, el aspecto de la enferma es tranquilo, casi indiferente” (ibid., p. 116); “me parece que me sigue un poco con la vista cuando

¹¹⁵ Por “superchería” debemos entender a un engaño o fraude que consiste en sustituir una cosa verdadera por otra falsa.

¹¹⁶ Según Janet (1920), la idea fija sonambúlica de Janet refiere a un estado psíquico en el que la paciente actúa de manera extraña como si estuviera sonámbula, siendo capaz de realizar distintas acciones y de responder preguntas, al mismo tiempo que se presentan, en forma intensa, alucinaciones repetidas o ideas delirantes en forma fija: de la misma forma, con las mismas palabras y en los mismos momentos. Dicho cuadro es seguido por una amnesia retrógrada, que no sólo se refiere al sonambulismo mismo, sino también a todos los hechos, a los recuerdos relacionados con él.

¹¹⁷ “Durante el estado anormal, los otros pensamientos, sobre la forma de vida, la familia, la posición social, la personalidad, aparecen suprimidos” (Janet, 1920, p. 55)

doy la vuelta de su cama” (ídem); “noto que tiene satisfacción de ser examinada y en decir lo que le pasa” (ídem). Por otro lado, también hace mención al papel de la amenaza: “pero, como manifiesto a mi colega, en presencia de ella, que convendría hacer una punción lumbar el lunes, se asusta fácilmente, porque pregunta qué se le va a hacer, si se le va a operar” (ídem). El susto habría dado curso a la cura de la ceguera: “me encuentro que desde el lunes ha recuperado completamente la visión” (ídem). No obstante, la ceguera dejaría lugar a la amnesia:

Hay, pues, aquí, una amnesia extendida a todo el periodo (lo mismo ha sucedido con el periodo anterior a la ceguera). Y, no obstante, me llama la atención que me diga ese mismo día miércoles, es decir, 4 días después del sábado en que estuve hablando de la punción lumbar, que se encuentra preocupada porque le van a hacer una operación (ídem).

Tras esto, Etchepare alude a una segunda operación vinculada al tratamiento moral, la *persuasión*, que puede ser señalada mediante el siguiente enunciado: “la tranquilizo, asegurándole que tengo la convicción de que ya está curada de la vista” (ídem). Este proceder parecería haber calmado a la paciente, mitigando la angustia concomitante a la amnesia. Luego, mediante la psicoterapia y la electroterapia, Etchepare lograría dar lugar al restablecimiento completo de la paciente: “hice venir a la enferma a mi sanatorio tres veces por semana (...). De esa manera pude seguir el tratamiento moral, la psicoterapia, dejándola al fin reconfortada, no habiendo presentado nada de especial hasta la fecha” (ibid., p. 117). El tratamiento continuó, según el autor, hasta que se habría logrado la “cura definitiva”.

Análisis discursivo

Durante el tratamiento, a propósito de su aplicación del “procedimiento de Freud” (ibid., p. 113), Etchepare afirma que “el aspecto de la enferma es tranquilo” (ídem), lo cual parecería ilustrar un aspecto de la relación entablada con su paciente, constituyendo lo que aquí consideramos una *escena narrativa* (como vimos en el capítulo 3), en la medida en que se introduce la referencia a la interacción y a un drama. En relación a este drama, la referencia a la acción de la mirada de la paciente y a la satisfacción –presente en las expresiones “Me parece que me sigue un poco con la vista” (ídem) y “tiene satisfacción de ser examinada y en decir lo que le pasa” (ídem), respectivamente– parecen introducir un índice de los movimientos transferenciales allí operantes, en tanto que denunciarían una modalidad particular de transferencia entre la paciente y Etchepare.

En el tratamiento se produce una escena enunciativa que se caracterizaría por constituir un modo específico de acceso a la “satisfacción” del paciente y a sus palabras: “noto que tiene satisfacción de ser examinada y en decir lo que le pasa” (Etchepare, 1913, p. 116). Como referimos en el apartado 3.2, la escena enunciativa se torna “una especificación local en el espacio de enunciación, un espacio particularizado de *agenciamiento del hablante en locutor* que distribuye lugares de enunciación” (Guimarães, 2014), y que establece “configuraciones específicas del agenciamiento enunciativo para 'aquel que habla' y 'aquel para quien se habla’” (Guimarães, 2002, citado en Guimarães, 2014, p. 58)

En esta escena, Etchepare introduce dos elementos que podríamos relacionar a la transferencia: uno ligado a la presencia de *satisfacción* de la paciente ante la asistencia del psiquiatra, y el otro, referido a un *juego de mirada* de la paciente –la acción de seguir con la mirada a Etchepare. A partir de allí, desde un punto de vista psicoanalítico, podríamos interrogarnos acerca de la posibilidad de que se instale allí la *transferencia a nivel simbólico*, pues, retomando lo que vimos en el primer capítulo a propósito de la transferencia, podemos señalar que, de acuerdo con Lacan (Herreros, 2002), el solo hecho de que la paciente sea capaz de hablar, prefigura la puesta en funcionamiento de la transferencia. Es decir, se produce un desplazamiento del afecto de una representación hacia otra, así como la articulación de la transferencia en relación a la cura, lo que permitiría instaurar el lugar del *Sujeto supuesto Saber*, lugar que en nuestro caso parecería presentarse como “el lugar de un Saber sin supuesto”, un lugar de saber absoluto, sin fisuras, ante el cual sólo restaría someterse. En este sentido, Etchepare no parecería permitir que su lugar de Saber “ceda” ante la paciente, sino que, mediante sus maniobras, parecería forzar a la paciente a dirigirse a él. A partir de allí, cabe preguntarse si este forzamiento daría lugar a la transferencia por vía del sometimiento. En todo caso, se articularía una *escena de la interpelación* que obligaría a la paciente a reconocer el lugar de la autoridad y a responder ante él.

En el proceso de delimitación del diagnóstico, Etchepare realiza la presentación de los elementos semiológicos del posible cuadro de *histeria negativa a base de simulación* (Charcot, 1882) –compuesta por emotividad, pródromos, estrechamiento del campo visual, mareos, pseudoalucinaciones. Sin embargo, en ese punto se produce algo que resultaría crucial para la comprensión del caso: tal diagnóstico es descartado bajo la

justificación de que *la paciente proviene de una buena familia* y, en su lugar, se establece el diagnóstico de *histeria de idea fija de forma sonambúlica*.

Este proceso de determinación diagnóstica parecería comportar *resonancias antidescriptivistas* (ver apartado 3.4), puesto que, según el antidescriptivismo, no existiría una relación de necesidad lógica entre el concepto que permite referir a un cuadro y las propiedades que de él se desprenden: a pesar de que estén presentes los elementos suficientes para determinar el diagnóstico de histeria negativa a base de simulación, Etchepare descartaría la simulación mediante la suposición de que la paciente no podría fingir. Pero, ¿por qué? Por un lado, porque al considerar que la paciente “sin problema de amor, ni problema familiar, ni social que resolver, pasaba tranquilamente la vida en medio de su familia” (ibid., p. 118), se introduciría la idea de que la afectación de las ideas dependería de la condición social (fundamentalmente de sus cambios), lo que podría ser un criterio, según Janet, para descartar tal diagnóstico¹¹⁸. Con todo, destacar que la paciente provendría de una “buena familia” constituiría una argumentación que colocaría el aspecto social en el centro de la misma, como si la condición social fuese un criterio necesario y suficiente para el abandono del diagnóstico de *histeria a base de simulación*. ¿Acaso tal efecto sería introducido por la transferencia?

Etchepare asevera: “creo que nos hallamos en presencia de la histeria, de uno de esos casos descritos por Janet, como idea fija de forma sonambúlica” (ibid., p. 118). De este modo, el autor cambia su referencia teórica de Charcot a Janet, introduciendo en sus consideraciones del caso el diagnóstico de *histeria de aspectos idiosincráticos y morales*, basándose en la condición social de la paciente. Frente este “desplazamiento” de la diagnóstica de Charcot a una diagnóstica más emparentada con Janet, cabe preguntarse qué tan disruptivo podría ser para el organicismo y, en particular, para un “Etchepare charcoteano” –quien, en un momento, sostenía la posibilidad de establecer un diagnóstico de histeria a base de simulación– la introducción del factor “buena familia” en un diagnóstico. Con todo, Etchepare parecería deslizarse de Charcot a Janet para salvar el “honor” de la paciente, dado que permanecer en los parámetros

¹¹⁸ “Se constata muy fácilmente que las neurosis aparecen generalmente en las edades en que la transformación orgánica y moral es más acentuada: comienzan casi siempre en la pubertad, se agravan en el momento del matrimonio, a la muerte de los padres o de los íntimos, después de los cambios de carrera o de posición. Es decir, que se manifiestan en el momento en que la evolución individual y social se hace más difícil (Janet, 1909, p. 4)

charcotianos supondría determinar a la paciente como simuladora. Por otra parte, no podríamos descartar que el desplazamiento diagnóstico pudiera ser leído en un telón de fondo ecléctico, propio de la época, por lo que no debería llamar mucho la atención la oscilación de diagnóstico desde un punto de vista psiquiátrico. Sin embargo, lo que torna este cambio de diagnóstico un motivo de interés para nosotros es que aquello que habría inducido tal cambio de diagnóstico podría deberse a un factor transferencial. A partir de allí, podríamos preguntarnos: ¿Acaso el motivo por el cual Etchepare habría cambiado de diagnóstico tendría alguna relación con el lazo transferencial establecido entre él y la paciente? Y si así fuera, ¿es ello lo que lo inclinaría a decidir salvar el honor y ahorrarle una caracterización de simuladora a su paciente?

Si el proceso de determinación diagnóstica siguiera el funcionamiento canónico, a partir de las referencias a las observaciones del paciente: alteración de la percepción (ceguera) en ausencia de daño ocular, atención fija, satisfacción ante el examen y pseudoalucinaciones, se debería determinar una histeria a base de simulación, según el criterio semiológico de Charcot (Chaslin 1912/2010); pero, como se antepone la no afectación de la paciente en lo que respecta a su condición socioeconómica, resulta posible que el proceso de determinación diagnóstica cambie de significado y así afirmar que la paciente no simula. Al no simular, Etchepare puede realizar una determinación diagnóstica alternativa de la enfermedad. La descripción del caso comienza con una presentación una histeria de idea fija sonambúlica (Janet), la cual podría estar afectada por el lazo transferencial con la paciente. A continuación, colocaremos un cuadro para sintetizar lo antes dicho:

	Conjunto de elementos clínicos que determinan el cuadro	Contenido que determina el caso	Determinación del diagnóstico
Diagnóstico bajo la forma canónica	Alteración de la percepción (ceguera) en ausencia de daño ocular, atención fija, satisfacción ante el examen y pseudoalucinaciones,	Simulación	Histeria a base de simulación
Diagnóstico “desplazado” de la forma canónica	Buena condición social	Conservación de las ideas en torno a la condición social	Histeria de idea fija sonambúlica

Prestemos atención ahora a algunos elementos lingüístico-discursivos que nos permitirían inferir la transferencia tal como operaría en este caso. Veamos una escena,

en la cual Etchepare realiza un acto de habla indirecto, el cual es presentado a modo de referencia a un colega al cual comunica un aspecto del tratamiento (punción lumbar), en presencia de la paciente, cuyos efectos son de amenaza: “pero, como manifiesto a mi colega, en presencia de ella, que convendría hacer una punción lumbar el lunes, se asusta fácilmente, porque pregunta qué se le va a hacer, si se le va a operar” (Etchepare, 1913, p. 116). Se articula así la escena de la interpelación: hay un agente que, se dirige a un individuo, haciendo que este último responda y reconozca el lugar de la autoridad, asumiendo la posición que esa autoridad le adjudica, y al responder a la interpelación se torna sujeto del discurso en cuestión. La amenaza indirecta de Etchepare operaría induciendo a la paciente a someterse ante la voluntad del médico, la cual, performativamente, daría lugar a la renuncia sintomática, cediendo ante la autoridad del psiquiatra.

Si bien la paciente parece someterse, tal sumisión no es completa, pues, cabe consignar que la amnesia aquí presentada estaría constituida por los significantes referidos a su enfermedad, exceptuando aquellos que dan cuenta de la propia amenaza. Ello nos permitiría pensar en cierto “núcleo de resistencia” frente al poder médico, puesto que la amnesia permitiría introducir “una respuesta de obediencia exagerada y comprensible como una especie de resistencia al sufrimiento generado” (Dunker, 2015, p. 29). La emergencia de la amnesia permitiría, mediante una formación sintomática sustituta, resistirse a la cura y continuar sosteniendo una relación transferencial con Etchepare. La transferencia continuaría así de manera asistencial, ya que la amnesia incitaría al psiquiatra a continuar el tratamiento mediante la psicoterapia, introduciendo una nueva modalidad de relación que parecería promover la transferencia positivamente, lo que parece reconfortar a la paciente y facilitar la aparición de un recuerdo: “por medio de la conversación, pude hacerle recordar que un cinematógrafo había visto una escena, que había olvidado completamente” (Etchepare, 1913, p. 117).

En este sentido, en el ejercicio de la psicoterapia, se introduciría en la escritura la articulación de una escena enunciativa que referiría a la transferencia, en la medida en que la paciente no sólo puede satisfacer su demanda de asistencia, sino que, además, logra acceder a un recuerdo, que permitiría “reconstruir” su propio sufrimiento ante Etchepare. Según Dunker, “el sufrimiento debe ser pensado en el marco de una teoría de reconocimiento” (2015, p. 219), la cual podemos articular con la escena de la interpelación de Althusser. Tal escena determinaría la forma en que se constituye un

sujeto a través del reconocimiento de la autoridad que, en este caso, permitiría establecer “la ontología de la experiencia de sufrimiento, estableciendo, por ejemplo, la línea de corte entre el sufrimiento que debe ser soportado como necesario y el sufrimiento que es contingente y puede ser modificado” (idem). Ello nos permite indicar que el sufrimiento tiende a transformarse en función de la gramática que lo reconoce. “En este sentido, todo sufrimiento contiene una demanda de reconocimiento y responde a una política de identificación” (idem). En virtud de ello, es interesante notar que, mediante la psicoterapia, al utilizar el “procedimiento de Freud”, Etchepare reconocería y haría reconocible el sufrimiento de la paciente y, recíprocamente, él sería reconocido por ésta. A partir de tal reconocimiento, tendría acceso al recuerdo de la paciente, pues, la misma hablaría para él, lo cual parecería dar luz al diagnóstico, en tanto que permitiría señalar una causa ocasional, que sería habitual en los cuadros de histeria.

4.1.4 Contribución al estudio del Psico-análisis (Rossi, 1916)

Presentación del caso

Este artículo es publicado en 1916 en la *Revista Médica del Uruguay*. Dicho trabajo se presenta como una puesta en práctica de la cientificidad en la psiquiatría. Es digno de destacar el *tono objetivo-absoluto* del relato, colocando al psiquiatra en el lugar de “suprema autoridad”, “dueño” de toda la experiencia, quien emprende un ensayo experimental de un “psico-análisis”. Figuran allí una serie de referencias a la hipnosis, la persuasión, el consejo y la medicación, las cuales son realizadas sobre un telón de fondo de objetivación que parecería disimular los trazos transferenciales. En este sentido, el paciente parece quedar relegado al lugar de un objeto de experimentación, y no como un sujeto.

El caso es iniciado por Rossi mediante la exposición de ciertas puntualizaciones sobre la psicoterapia:

Cada vez que se trata de la Psicoterapia, se da por entendido que no puede haber un método categórico, “reglamentable”, (...), de manera que mientras las demás ramas de la Terapéutica tienen sus indicaciones precisas (...), la psicoterapia deberá quedar flotante e indecisa (1916, p. 725).

No obstante, Rossi no admite “que la psicoterapia escape a esa ley general de la Terapéutica que permite hallar su fórmula precisa para el foco, el síntoma o la complicación de toda enfermedad” (ibid., p. 726). Por ello, el autor manifiesta su interés

de presentar un caso a fin de aportar un “hecho clínico” que le permitiría aproximarse a la deducción de la “reglamentación” de la psicoterapia:

yo vengo estudiando desde hace un par de años las Psiconeurosis y la Psicoterapia, y si bien todavía no puedo abrumar de números mi experiencia personal, puedo ya presentar algunos hechos clínicos incontrovertibles, encarados con inducciones, pero sin prejuicios –que acaso me permitirían a su debido tiempo deducir aquel método fijo, preciso, “etiológico” me atrevo a decirlo, que tienen las otras ramas de la Terapéutica (idem).

Mediante la psicoterapia Rossi buscaría deducir un método etiológico, y, en este punto, su texto representaría una contribución científica encaminada a ese fin, a través de “un caso clínico, sencillo, acaso trivial; pero que reviste interés considerable por las circunstancias de que es de cierto modo experimental” (ibid., p. 725). En este sentido, el caso se introduciría como un “experimento”, capaz de aportar una “contribución” basada en la observación empírica y, que sería, por ende, “científicamente valorable”.

La descripción del caso comienza con una presentación de la paciente: “Angela. M. oriental, soltera, de 18 años de edad, joven bien proporcionada, aunque de estado general precario en el momento del examen médico” (ibid., p. 726). A continuación, se introduce los siguientes datos hereditarios: “Hija de padre proyecto y de madre poco inteligente, sin instrucción ella misma, tiene una mentalidad propia de la campaña que habita. No es, sin embargo, débil mental, sino una joven sensata, capaz de reflexión” (idem). Esto permitiría, según Rossi, descartar el cuadro de idiotez. Posteriormente, el autor hace mención de los antecedentes personales relacionados a la amenorrea: “En la infancia no presentó nada anormal. La pubertad se inició entre los 13 y 14 años, sin trastornos. Pero la menstruación nunca fue fisiológica: retardos, metrorragias, reglas fugitivas o insidiosas” (idem). Según Chaslin (1912/2010) y Kraepelin (1912), este problema relativo a la menstruación constituiría un elemento semiológico significativo para la determinación de un posible cuadro de histeria.

Durante la referencia al desarrollo de la enfermedad, Rossi parecería hacer alusión al papel que el mismo cumple ante su paciente, presente en la descripción de sus síntomas: “empezó a padecer trastornos nerviosos, consistentes en ataques histéricos, (...) crisis convulsivas (...), luego ataques más grandes y frecuentes (...) con convulsiones, estado letárgico y estado subsiguiente francamente hipocondriaco” (Rossi, 1916, p. 726), elementos que comienzan a prefigurar el cuadro de histeria.

A lo largo del tratamiento, Rossi decide dejar de lado la realización de un tratamiento específico para la amenorrea y decide realizar psicoterapia, sugiriendo¹¹⁹ “uno de sus ataques habituales” (ídem) y maniobrando a la paciente mediante un proceso de persuasión: “le demostré el error de su interpretación sobre la amenorrea, le señalé las diferencias entre su caso y el de la amiga (...) y me empeñé en convencerla de que sus temores eran exclusivamente emotivos y que deberían desaparecer” (íbid., p. 727), luego de lo cual le receta “ovocitina Áster y un régimen tónico, lo que hizo que las funciones menstruales se restablecieran” (ídem).

Este tratamiento es caracterizado por el autor como “experimental” y, según su consideración, ha “querido incluirlo dogmáticamente en el método de Freud y Breuer conocido como psico-análisis” (íbid., p. 728), articulando en él la persuasión, con lo cual parecería buscar que el “método de Freud y Breuer” se estableciera como “método etiológico”, habilitando a la psicoterapia a que determine la etiología del cuadro. En virtud de ello, Rossi señala un posible origen emotivo de la dolencia: “yo no admito accidente histérico sin origen emotivo” (ídem), considerando a partir de allí que “en toda psiconeurosis hay un traumatismo psíquico –que Freud por su parte sostiene de origen sexual” (ídem).

En relación al diagnóstico, una vez establecida la existencia de los ataques histéricos –crisis convulsivas, llanto, estado letárgico y estado hipocondríaco–, Rossi establece rápidamente el cuadro de histeria, considerándola como una psico-neurosis de Bernheim:¹²⁰ “es un disturbio nervioso de origen emotivo susceptible de ser mantenido o reproducido por representación mental, o de ser creado por representación mental emotiva” (Bernheim, s.f., citado en Rossi, 1916, p. 728)

¹¹⁹ “Le sugería uno de sus ataques habituales– busqué el origen de éstos, y he aquí lo que fui encontrando” (Rossi, 1916, p. 726)

¹²⁰ En relación a Bernheim [1840-1919], es necesario destacar que el mismo le asignaba a la sugestión un papel fundamental en el tratamiento. De hecho, consideraba que era posible influir sobre el paciente sin llegar a provocar la hipnosis, ya que “el hipnotismo no era en el fondo sino la puesta en práctica de la sugestión, con o sin sueño inducido” (Bernheim, 1911, citado en Álvarez, Colina y Esteban, 2010, p. 118). La hipnosis pasaría a ser un procedimiento psicoterapéutico más, que se podía emplear mediante diversas sugestiónes verbales en estado de vigilia o de sueño, empleando “persuasión racional y emocional, sugestión encarnada en la práctica médica, etc.” (ídem). Por otro lado, su obra influyó considerablemente a Freud, en su primer período, quien “pasó varias semanas durante el verano de 1889 en el Servicio de Bernheim, y tradujo dos de sus obras más importantes: *Sobre la sugestión y sus aplicaciones a la terapéutica* en 1889, e *Hipnotismo, sugestión, psicoterapia* en 1892” (ídem).

En relación con la cura, a partir del procedimiento psicoterapéutico, es decir, de la aplicación de ovocitina Áster y de un régimen tónico, cesarían los ataques histéricos y la amenorrea sería eliminada. A partir de allí Rossi declara a la paciente curada.

Análisis discursivo

Durante el proceso psicoterapéutico, las referencias de Rossi a su interacción con la paciente colocarían el foco en el papel del médico, ubicándolo en un lugar de autoridad absoluta, sin titubeos, ni oscilaciones, tal como se cita a continuación:

(...) resolví dejar de lado la amenorrea y emplear un criterio puramente psicoterápico. Tracé claramente ante la joven el cuadro completo que vengo de resumir, le demostré el error de su interpretación sobre la amenorrea, le señalé las diferencias entre su caso y el de la amiga [...] y me empeñé en convencerla de que sus temores eran exclusivamente emotivos y que deberían desaparecer por simple convicción (Rossi, 1916, p. 727).

La psicoterapia parecería ser considerada como un experimento, esto es, un procedimiento en el cual, a partir de un conjunto de acciones concretas, sería posible observar el comportamiento de un fenómeno: la paciente. Sin embargo, tal comportamiento no sería registrado y, en cambio, el foco parece estar colocado en el accionar del propio psiquiatra.

Los verbos en pretérito perfecto simple (“tracé”, “señalé”, “demostré”, “empeñé”) refieren a acciones realizadas por Rossi sobre la paciente, acciones iniciadas y culminadas en el pasado. Este tono conclusivo, resolutivo, casi imperativo podríamos decir, elidiría toda referencia a la palabra de la paciente o a su comportamiento ante las acciones del psiquiatra, lo cual acarrearía la disimulación u ocultamiento de los trazos transferenciales. Este modo de dirigirse a la paciente parecería aumentar su "objetificación", quedando señalada, apenas, como el sustrato material sobre el que se realizaría el “experimento” psicoterapéutico. El “método de Freud y Breuer conocido como psico-análisis” (ibid., p. 728) le habría dado a Rossi acceso a la palabra de la paciente, a los significantes a los que ella da lugar, los cuales, sin embargo, no son presentados en la escritura del caso. Por el contrario, la referencia al accionar del psiquiatra tendería a dejar fuera de escena al sujeto que padece, reafirmando así el saber del psiquiatra.

No obstante, el eje colocado en la acción de Rossi ante la paciente también podría ser considerado en sí mismo como un rasgo de la relación transferencial: el tono imperativo que comporta el relato enunciado en pretérito perfecto simple parecería

ubicar a Rossi en el centro de una escena, oficiando como autoridad que establece órdenes a la paciente. Observamos aquí una serie de elementos que nos permitirían conjeturar la presencia de una escena transferencial: Rossi se encuentra en el lugar del saber, mandata a hacer, y a la paciente no le queda otra alternativa que responder. A partir de lo trabajado en el capítulo 3, podemos localizar aquí una escena narrativa cuyo eje está dado por el papel de Rossi ante el drama. La acción de psiquiatra sobre la paciente generaría un efecto performativo, que parecería estar dirigido al convencimiento de la restauración de la calma: “me empeñé en convencerla de que sus temores eran exclusivamente emotivos y que deberían desaparecer por simple convicción” (ibid., p. 727).

Vimos que Rossi presenta el caso como un "experimento", en el cual la psicoterapia permitiría dilucidar la etiología. La determinación etiológica es presentada "como si" cumpliera con los requisitos del funcionamiento ideal del discurso de la ciencia. Estamos nuevamente ante la puesta en discurso del *mito continuista empírico subjetivista* que permite ir de lo “concreto” a “lo abstracto” bajo una aparente continuidad sin rupturas.

	Origen	Generalización	Universalización
Categorías lógico-gramaticales de referencia	Yo Ver Presente Aquí	Él, X/yo Decir Pasado En otro lugar/aquí	Todo sujeto [cada uno, quien quiera que sea] Pensar Siempre En todas partes
Forma de base del enunciado	[yo digo que] yo veo esto	Se me dijo que Se constató que	Es verdad que
	Establecida la índole histeriforme de los accesos –porque yo mismo, para confirmar el interrogatorio, le sugería uno de sus ataques habituales– busqué el origen de estos, y he aquí lo que fui encontrando sucesivamente. La aparición de los ataques coincidió con la suspensión de las funciones menstruales (...) Profundizando esta coincidencia a objeto de hallar relación de causa a efecto –pues, como diré más tarde, yo no admito accidente histerico sin origen emotivo– <u>encuentro que</u> la joven tuvo una amiga y vecina que	[Se constató que] “es un disturbio nervioso de origen emotivo susceptible de ser mantenido o reproducido por representación mental, o de ser creado por representación mental emotiva” (Bernheim s.f., citado en Rossi, 1916, p. 728)	[Es verdad que] “en toda psiconeurosis hay un traumatismo psíquico- que Freud por su parte sostiene de origen sexual” (ibid., p. 728).

	falleció hace algún tiempo con pertinaz amenorrea, y que era voz corriente en el vecindario que la amenorrea le había causado la muerte (Rossi, 1916, p. 728).		
--	--	--	--

A través del uso de elementos lingüísticos que remiten directamente a las categorías lógico-gramaticales y al enunciado de base de la escena de "Origen" –Yo/ Ver/ Presente/ Aquí; "[yo digo que] yo veo esto"–, se construye una escena de gran fuerza retórica presencial-empírica –"yo mismo, para confirmar el interrogatorio, le sugería uno de sus ataques habituales"; "[yo] encuentro que..."– en la que el médico quedaría posicionado como testigo y participante directo del fenómeno, y la relación médico-paciente quedaría , determinada como una verdadera escena de laboratorio.

A través de los recortes discursivos que hemos introducido como ejemplos en el cuadro de arriba, podemos notar cómo se establece una especie de "continuidad etiológica" que permitiría ir de la observación sensible de los elementos emotivos de la paciente a la universalización de la naturaleza sexual de la causa de la enfermedad, como si fuera posible, a partir de la "evidencia" de la observación sensible, deducir una etiología sexual en forma directa. Con la misma fuerza retórica con la que se constata un dato observacional, la teoría es introducida en la escena empírica: "yo no admito accidente histérico sin origen emotivo". Se "*observa*" en la paciente un elemento emotivo; *se generaliza* una causalidad etiológica emotiva; y luego, *se universaliza* a través de la referencia a la teorización freudiana que afirma que tal elemento emotivo es producto de un traumatismo psíquico de origen sexual, estableciendo una etiología de naturaleza sexual, que se encontraría de forma universal en toda psiconeurosis. Si la articulación de las ideas freudianas permitiese dotar de científicidad a la psicoterapia, como parecería sugerir Rossi, debería ser posible reproducir su experimento y obtener los mismos resultados, y -de acuerdo al mito continuista empírico subjetivista- si cualquier individuo estuviese allí donde Rossi ve y piensa que se encuentra ante un elemento etiológico de naturaleza sexual, necesariamente también debería ver y pensar lo mismo que aquel ve y piensa.

El caso presentado por Rossi esbozaría "una solución empirista" (Pêcheux, 1975/2016, p. 76) que buscaría "regular" la psicoterapia como procedimiento etiológico de base experimental, como un "método científico" de indagación de lo etiológico. Como referíamos anteriormente, esto tendría efectos de disimulación u ocultamiento de trazos transferenciales, dado que lo importante parecería ser enfocarse en "el

procedimiento experimental”, el papel del “científico” y de la “experiencia”/ “experimento”. Sin embargo, este efecto no produce un borramiento total. Durante el estudio de la etiología de la enfermedad, Rossi introduce el siguiente enunciado: “Mi buena enferma creyó, por su parte, que su amenorrea tendría el mismo fin, y de esa idea derivaba todo el cuadro” (Rossi, 1916, p. 727), con las connotaciones "paternalistas", o por lo menos afectivas, que podrían hacer eco en el sintagma “Mi buena enferma”. Como vimos en el capítulo 2, la psicoterapia en psiquiatría permitiría, según Foucault, subyugar al alienado “poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre” (1973-1974/2007, p. 24).

4.1.5 A propósito de la sordera verbal congénita (Etchepare, 1924/1930)

Presentación del caso

El caso de Etchepare aquí presentado fue publicado inicialmente en la *Revista Médica del Uruguay* en 1924 y posteriormente reeditado en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* en 1930. Dicho texto aborda un cuadro de sordera verbal congénita, el cual está ausente en los tratados de psiquiatría de Chaslin (1912/2010), Kraepelin (1912) o Bumke (1924-1946/1946).¹²¹ En este caso pueden evidenciarse diversas modalidades de interacción con el médico.

El caso inicia con una referencia a los antecedentes hereditarios de la paciente: “padre, abuelos y tíos sanos sin ofrecer casos como el presente” (Etchepare, 1924/1930, p. 842); “un hermano de 19 años está actualmente en la Colonia de Alienados de Santa Lucia. Según el expediente, es un débil mental” (ídem); “otro hermano, en cambio, hasta los 6 a 7 años no comprendía lo que se le decía” (ibid., p. 843), lo cual, en el marco referencial etiológico de Etchepare, marcaría el posible papel de la herencia en un posible cuadro de debilidad mental.

Al referir al desarrollo de la enfermedad, Etchepare describe dos instancias de internación: en la primera de ellas, caracteriza a la paciente como “un poco soberbia, un tanto nerviosa, cuando se la contradecía. (...) se le encendía la cara, sobre todo cuando no se le hacía caso. Estuvo muy poco tiempo en el hospital” (ibid., p. 843-844); en la

¹²¹ Este cuadro es referido por Henschen en 1914, quien considera que: "Si se destruye el centro de la 'Audición general' que ubica en la circunvolución transversal de Heschl, el sujeto pierde la capacidad para apreciar el significado de los sonidos. Si la lesión se ubica en la parte media y posterior de la primera temporal izquierda, resultará una 'sordera verbal' por destrucción del centro de la 'audición de las palabras'. El sujeto no recuerda las palabras que corresponden a las ideas que quiere expresar usando vocablos inadecuados o compuestos de sílabas extrañas. Puede leer y escribir para sí, pero no puede comprender ni repetir lo que se le dice" (Jhonson, 1967, p. 27).

segunda internación, iniciada luego de su casamiento y de que se produjeran nuevos episodios de "alteración mental" frente al esposo, la describe del siguiente modo: “se puso muy nerviosa. Dos veces [el esposo] la encontró 'de duelo' (en lágrimas) (...). Aconsejado por los vecinos, que decían que, como había estado en Vilardebó, podía ponerse grave (...), la trajo a nuestra clínica” (ibid., p. 844).

Una vez internada por segunda vez, Etchepare realiza una descripción de cuatro elementos del tratamiento: la observación, la realización de tareas, el interrogatorio y la medicación. En las observaciones, Etchepare aporta información sobre el estado de la paciente: “en nuestro servicio se ha portado realmente bien. En sus reacciones es un poco infantil: muy alegre” (ídem); “su mirada denota una inteligencia bien superior a lo que indica su lenguaje. Su mímica es muy expresiva. Como lo observa justamente nuestro jefe de clínica, (...) su mímica es apropiada y se diría excesiva si su lenguaje fuera comprensible” (ibid., p. 845). En el interrogatorio, el autor señala varios momentos de interacción, en los cuales la paciente imita y produce seudoneologismos, tales como “echin, tepe, emoreja”. (ibid., p. 845). En la realización de tareas, Etchepare comenta que la paciente “ejecuta lo que se le ordena correctamente, tratándose, naturalmente de tareas sencillas” (ibid., p. 844), y que “hace su trabajo con mayor disposición que las demás” (ídem), lo cual referiría a la buena “disposición” de la paciente al tratamiento.

Con todo, Etchepare señala que, “hablándole al oído”, la paciente “repite aproximadamente lo que se le pregunta, sin que tenga una contestación (..) y hasta mima nuestro gesto” (ídem), elementos que resultarían significativos para este psiquiatra para la determinación del diagnóstico de sordera verbal congénita. En este sentido, el autor considera que

(...) es interesante conocer el grupo de los retardados funcionales parcialmente o en totalidad, que espontáneamente y a cierta edad, adquieren la totalidad o casi totalidad de la función. Dentro de ese grupo existe el tipo de sordera congénita señalada por Foy (...) que dice así: “No comprenden el lenguaje hablado ni las palabras; sin embargo, no tienen nada de endebles (...) Su fisionomía es la de los niños normales, la mirada viva, alerta, inmóvil, la inteligencia despierta. Comprenden todos los ademanes y se hacen fácilmente comprender por gestos, ayudan a su madre en los trabajos (...), se visten por sí mismos, comen solos limpiamente” (Etchepare, 1924/ 1930, p. 841-842).

Luego de referir a la mímica inteligente y a la capacidad de la paciente de realizar tareas sencillas, Etchepare determina el cuadro mediante un diagnóstico diferencial que lo lleva a descartar la idiotez:

A juzgar por (...) Binet y Simón, se trataría de una idiota, pues ni habla ni comprende el lenguaje hablado. Pero (...) esta fórmula no es siempre segura. Y en este caso así lo demuestra. *No es una idiota: su actitud y su actividad lo demuestran bien*¹²².

Pero es una débil mental; no queda duda (...) pero se nos ocurre que su insuficiencia mental ligera tiene (...) relación evidente con la imperfección de sus facultades de lenguaje (ibid., p. 845-846).¹²³

En relación a la etiología, Etchepare hace mención de la obra de Apert:

El caso entra, sin duda, en los de falta de función aislada cerebral (...) que tan bien caracteriza el doctor Apert, diciendo: “se trata de niños que, normales y bastante bien dotados en lo que concierne a la inteligencia general y al conjunto de sus facultades cerebrales son, sin embargo, muy inferiores a sus camaradas de la misma edad, del punto de vista de una facultad particular, asombrosamente atrofiada en ellos” (ibid., p. 846).

Con la referencia a Apert, Etchepare estaría descartando el diagnóstico de idiotismo congénito (“se trata de niños que, normales y bastante bien dotados...”). Si bien es diagnosticada como “débil mental”, Etchepare la considera como una paciente bastante bien dotada “en lo que concierne a la inteligencia general” (p. 846).

En lo atinente a la cura, en el texto no parecería figurar expresamente ningún elemento discursivo relativo a la misma.

Análisis discursivo

Como señalamos previamente, Etchepare refiere a dos internaciones: entre una y otra podemos observar una modificación en la relación establecida con la paciente, pasando de considerarla “un poco soberbia”, con una actitud “un tanto nerviosa”, etc., a comportarse “realmente bien”. Los verbos de acción “ejecuta” –presente en la expresión “ejecuta lo que se le ordena correctamente”– y “hace” –que figura en el enunciado “hace su trabajo con mayor disposición que las demás”– y la presencia del adverbio de afirmación “realmente” y el adverbio de modo “bien” –“realmente bien”–, apuntarían a hacer énfasis en la acción de la paciente, en la cual puede observarse la articulación de juicios connotativos.

¹²² Las itálicas son nuestras.

¹²³ Las itálicas son nuestras.

Al realizar estos juicios connotativos, si bien los mismos “ponen énfasis en significados connotativos, usan las palabras que son connotativas” (ibid., p. 28): “bien”, “correctamente”, las cuales, según Gorbitz (ibid.), serían juicios no verificables empíricamente, expresiones de valores que, en este caso, podríamos considerar como trazos que parecerían señalar de manera valorativa la modalidad transferencial allí presente.

En las menciones al interrogatorio, Etchepare comenta que, mientras le hablaba a la paciente al oído, la misma repetía de forma aproximada lo que le era preguntado: “-¿Eres casada o soltera? ¿Cuántos años tienes?”- (Etchepare, 1924/1930, p.844)–, sin dar una verdadera respuesta. En ciertos momentos parecía responder sin imitar, profiriendo frases como “echin, tepe, emoreja” (ibid., p. 845). Esta frase parecería constituir un trazo transferencial, en tanto que, por homofonía, por simple vecindad fónica, parecería aproximarse a afirmar: *Etchepare en mi oreja*. Esta insistencia a nivel de la letra constituiría una forma ejemplar de explicitación de la transferencia que ocurre entre Etchepare y su paciente, en la medida en que condensaría tanto la forma en la que la palabra del psiquiatra afectaría a su paciente como la manera en que la misma respondería ante aquel.

Etchepare (1924/1930) refiere a la observación de los elementos semiológicos que determinan el cuadro inicialmente: “Oye perfectamente, pero no comprende sino algunas palabras” (p. 844); “hablándole al oído, repite aproximadamente lo que se le pregunta” (ídem); “Repite toda la frase y hasta mima nuestro gesto”. (ídem); “expresa algunos fragmentos de vocablos o seudoneologismos tales como 'echin, tepe, emoreja’”, etc. (ibid., p. 845); luego de lo cual Etchepare refiere a la fórmula de diagnóstico de Binet y Simón, de la cual toma distancia mediante una generalización que permite descartar el idiotismo: “No es una idiota (...). Pero es una débil mental” (ibid., p. 846). A su vez, tal generalización le abriría camino para la determinación de otro cuadro mediante la articulación de la categoría universal “sordera verbal congénita”. Esta articulación discursiva nos permitiría mostrar, una vez más, la puesta en funcionamiento del *mito continuista empírico subjetivista* (Pêcheux, 1975/2016), dado que la determinación diagnóstica se produciría mediante un pasaje continuo, ininterrumpido, que iría de lo concreto a lo universal.

	Origen	Generalización	Universalización
Categorías lógico-gramaticales de referencia	Yo Ver Presente Aquí	Él, X/ yo Decir Pasado En otro lugar aquí	Todo sujeto (cada sujeto, quienquiera que sea) Pensar Siempre En todas partes
Forma de base del enunciado	(Yo digo que) yo veo esto	Se me dijo que Se constató que	Es verdad que
	[yo veo que] "Oye perfectamente, pero no comprende sino algunas palabras" (Etchepare, 1924/1930, p. 844). [yo veo que] "hablándole al oído, repite aproximadamente lo que se le pregunta" (ídem). [yo veo que] "Repite toda la frase y hasta mima nuestro gesto" (ídem). [yo veo que] "expresa algunos fragmentos de vocablos o seudoneologismos tales como ' <u>echin. tepe. emoreja</u> ', etc." (ídem., p. 845).	"Tal es el caso. A juzgar por la fórmula de diagnóstico conocida de Binet y Simon, se trataría de una idiota, pues ni habla ni comprende le lenguaje hablado. Pero, como se sabe, esta fórmula no es siempre segura. No es una idiota: su actitud y su actividad lo demuestran bien. Pero es una débil mental, no queda duda" (ídem). [se constató que] "se trataría de una idiota" (ídem) [Se constató que] "No es una idiota (...). Pero es una débil mental" (ídem., p. 845-846).	[es verdad que] se trata de niños que, normales y bastante bien dotados en lo que concierne a la inteligencia general y al conjunto de sus facultades cerebrales son, sin embargo, muy inferiores a sus camaradas de la misma edad, de punto de vista de una facultad particular, asombrosamente atrofiada en ellos (íbid., p. 846).

Etchepare descarta la idiotez y afirma que es una débil mental basándose en la actitud y actividad que demuestra la paciente. En virtud de ello, es oportuno preguntarnos: ¿en qué medida este desplazamiento diagnóstico podría haber ocurrido a partir de la influencia de la actitud transferencial de la paciente sobre la decisión del psiquiatra? A medida que la transferencia hacia Etchepare adquiere un carácter más afectivo, la paciente comienza a presentarse de otra forma ante él. ¿No sería eso lo que

le habría permitido descartar el cuadro de idiotez? Por otra parte, en tanto que Etchepare elige mencionar la frase “echin, tepe, emoreja” a la hora de presentar los elementos semiológicos del cuadro, cabe la siguiente pregunta: ¿por qué el psiquiatra elige hacer alusión a quien habla?

Lo que parecería claro es que, al inscribir la frase “echin, tepe, emoreja” en la escritura de caso, las palabras de la paciente pasarían a ocupar el lugar de las de Etchepare. En ese contexto dicho enunciado adquiriría un nuevo valor si tenemos presente que podría estar balizando el fenómeno de la transferencia, especialmente porque el encuadre objetivo-descriptivo del método clínico parecería verse trastocado al dar lugar a un enunciado que, por definición, la psiquiatría tendería a excluir. Al citar “echin, tepe, emoreja” parece romperse el anonimato de quien es referido en la cita y, con ello, el lugar de la paciente comenzaría a ser mucho más cercano y próximo al del psiquiatra. Ante esto, podemos preguntarnos: ¿por qué el psiquiatra elige transcribir textualmente esta expresión de su paciente? ¿Es que el efecto de la transferencia lo “obliga” a citar? Si esta cita puede ser considerada como un *vestigio* de la transferencia entre este médico y su paciente, tal rastro habría quedado escrito como una cita textual, cuyo valor sería establecido por el entrecomillado. De ser así, más allá de considerarla una trazo o vestigio de transferencia, ¿acaso esta mención no merecería que la consideremos, más directamente, un vestigio o trazo del deseo? ¿Sería exagerado pensar que aquello que está en juego sería básicamente una cuestión de deseo, un deseo tal vez no reconocido que habría dejado su marca a través de la cita y que evidenciaría una posición de la paciente en transferencia?

Como vimos más arriba, a lo largo de las puntualizaciones sobre el tratamiento, se hace presente el adverbio de modo “realmente”, junto al adverbio de modo “bien”, en el sintagma “se ha portado realmente bien” (Etchepare, 1924/1930, p. 844). Este juicio introduciría un significado connotativo (Gorbitz, 1969), que correspondería al modo en el que la paciente se comporta frente al médico, o sea, a un “núcleo de narratividad” que circunscribiría la escena transferencial. En tanto se refiere a la vía por la cual la paciente actúa en función de la demanda del psiquiatra, se produciría un trazo que connota la referencia a cómo se desempeña la paciente: “ejecuta lo que se le ordena” (Etchepare, 1924/1930, p. 844). La transferencia se encontraría aquí señalada en la medida en que la escritura del caso psiquiátrico permitiría identificar la disposición de la paciente a satisfacer, mediante su trabajo, las órdenes del psiquiatra.

4.1.6 *Un caso de mutismo (Pérez Pastorini, 1925)*

Presentación del caso

"*Un caso de mutismo*", publicado en la *Revista Médica del Uruguay* en 1925, fue presentado por el joven psiquiatra Valentín Pérez Pastorini, quien, en la siguiente década, se volvería el pionero del desarrollo del psicoanálisis en el Uruguay. En dicho texto puede observarse la influencia del pensamiento de Etchepare y la forma en que Pérez Pastorini, al determinar un diagnóstico de histeria, se distanciaría de tal influencia. Tal como pudimos apreciar en el texto de "*Ceguera histérica*" (ver 4.1.3), Etchepare, un psiquiatra de firmes convicciones organicistas, habría expresado incomodidad ante un diagnóstico de esas características.

El caso presenta, en su estructura, una secuencia que comienza con una puntualización sobre el motivo de la publicación –realizando una referencia y agradecimiento a Etchepare por asignarle este paciente–;¹²⁴ seguido de la presentación de los antecedentes hereditarios y personales; a continuación, presenta el desarrollo de la enfermedad, tratamiento, diagnóstico, etiología y culmina con el abordaje de la cura. Como puede observarse, se trata de un modo de exposición muy similar al de otros casos presentados por Etchepare, tales como: *Ceguera histérica* (1913), *Locura comunicada entre dos hermanas* (1904/1929) y *A propósito de la sordera verbal congénita* (1924/1930).

Inicialmente, Pérez Pastorini refiere a los antecedentes hereditarios del paciente, señalando la falta de información al respecto. En este punto, el autor asevera que, dado que se trataría de un enfermo proveniente de “campaña”, la anamnesis le habría resultado muy incompleta: reiteradas veces “se le ha escrito a la familia pidiendo datos que nos ilustren sobre antecedentes hereditarios” (Pérez Pastorini, 1925, p. 100). En cuanto al desarrollo de la enfermedad, Pérez Pastorini expresa que “el enfermo tuvo un ataque al decir de la esposa, con convulsiones terminando con llanto; desde ese momento se instaló un mutismo absoluto (...) y por esa causa es que el médico aconseja su ingreso al Hospital Vilardebó” (ídem), situación que habría posibilitado la toma de contacto de Pérez Pastorini con el caso en cuestión.

¹²⁴ Desde 1923 Valentín Pérez Pastorini trabajó en el servicio de Bernardo Etchepare (Milán-Ramos y García, 2017).

Inicialmente, Pérez Pastorini establece un cuadro de parálisis psíquica completa, tanto de las funciones psíquicas superiores como de las automáticas, con pequeñas variantes, en las que “se constata claramente un estupor confusional: inercia completa, inmovilidad absoluta; facies estúpida, sin expresión; sin reacción ni refleja; ausencia de pestañeo; insensibilidad a los pinchazos, la inyección de trementina no lo perturba lo más mínimo (...) Mutismo absoluto, continuo” (ídem).

Durante el tratamiento, Pérez Pastorini refiere a la evolución del paciente:

“La sitofobia, como digo, duró poco; a los 20 días, poniéndole los alimentos en la boca, comía aunque con gran dificultad” (ídem);

“no ha obedecido a la persuasión” (ibid., p. 101);

“Sin embargo, hará cosa de uno y medio meses, bajo la influencia de una amenaza enérgica, súbitamente casi, este síntoma curó completamente” (ídem);

“a pesar de haber recobrado en parte su lucidez mental, en que la actividad se hizo bastante intensa, pues trabajaba en lo que se le mandase, muy dócil, sin tener incidentes con nadie, no hablaba, sin embargo, una palabra. Nos demostraba por gestos, ademanes, que no es que no quisiera hablar, sino que no podía hacerlo” (ídem).

De este modo, Pérez Pastorini señala cambios en la actitud del paciente, así como la forma en que éste habría ido respondiendo paulatinamente al tratamiento, dando lugar a cierto intento de comunicación, mediante gestos.

Ante los intentos de comunicación, en relación al diagnóstico, Pérez Pastorini determinaría inicialmente la idiotez como cuadro de base para luego enfocarse en los elementos histéricos. En relación al idiotismo, Pérez Pastorini afirma: “el enfermo era un enfermo mental, por algunas reacciones y facies bastante característico, conformándose definitivamente esa impresión al comprobar más tarde el examen psicológico cierta debilidad de juicio, la dificultad en la abstracción y de concebir ideas generales” (ibid., p. 101). Una vez establecido el cuadro de base, Pérez Pastorini pasa a distinguir la naturaleza del mutismo inserto en dicho cuadro, mediante la consideración de que el mutismo era de tipo histérico: “tiene algunos de los caracteres descritos por Charcot del mutismo histérico (...). Parece que el enfermo no tuviese la idea ni el deseo de la palabra o que la hubiese olvidado (ídem).

De esta manera, Pérez Pastorini seguiría el criterio de Charcot para determinar el mutismo histérico masculino, ya que los elementos histéricos se dan bajo la “frecuencia mucho mayor de sintomatología de aspecto más trivialmente neurológico” (Bercherie,

1983, citado en Milán-Ramos y García, 2017, p. 238) –el idiotismo en nuestro caso. La fidelidad de Pérez Pastorini respecto del criterio de Charcot puede observarse en el siguiente pasaje: “el mutismo es una reacción del organismo que se defiende por inercia en aquellas facultades que, como el lenguaje, necesita más contribución de las facultades superiores para establecerse” (1925, p. 103). Sin embargo, a pesar de contar con todos los elementos semiológicos para considerar un cuadro de mutismo histérico, en concordancia con el criterio de Charcot, Pérez Pastorini, de manera poco clara, opta por relacionar la histeria a un elemento psicasténico. Dicho elemento, relativo a las teorizaciones de Janet (1920) en torno a la histeria, sería el concepto de idea fija sonambúlica, a partir del cual el autor intentaría explicar el temor obsesivo del paciente de no poder hablar: “nos manifiesta que, si él no hablaba, era porque tenía temor de haberse olvidado del lenguaje, o, en caso de que pudiese decir alguna palabra, la dijese mal, en cuyo caso pasaría vergüenza” (Pérez Pastorini, 1925, p. 102).

Por otra parte, con respecto a la etiología de la histeria, Pérez Pastorini introduce la referencia a un elemento sexual y a la psicastenia. Por último, en cuanto a la cura, el autor jerarquiza la introducción de la amenaza, que habría producido la remisión del mutismo: “bajo la influencia de una amenaza enérgica, súbitamente casi, este síntoma curó completamente” (ibid., p. 101).

Análisis discursivo

Pérez Pastorini introduce elementos referidos a la presentación del paciente, al desarrollo de la enfermedad y al diagnóstico mediante un tono objetivante, generalizando las observaciones e incluyendo a otros en su posición enunciativa mediante el uso de la primera persona del plural:

“Se constata un estupor confusional” (ibid., p. 100).

“nos empezamos a dar cuenta, además, que el enfermo era débil mental” (ibid., p. 101).

“Lenguaje pobre; el tono un poco brusco, expresa modulaciones afectivas” (ídem).

“constatamos que ha alcanzado el nivel mental de un niño de 8 a 9 años” (ídem)

“Nos demostraba por gestos, ademanes, que no es que no quisiera hablar, sino que no podía hacerlo” (ídem).

“Descartamos, por lo tanto, que fuese un perseguido o un melancólico, pues no se observa ninguna idea delirante” (ídem).

“En cambio, tiene algunos caracteres descriptos por Charcot del mutismo histérico” (ídem).

Ante ello cabe preguntarse: ¿quién o quiénes quedarían incluidos en esa posición enunciativa?

En relación al desarrollo del caso, según Milán-Ramos y García, se introduce allí

un plano normativo que permite mantener continuidad y unidad: un plano del género textual, de la secuencia canónica textual y del 'contenido' de los argumentos; el plano de las reglas y las fórmulas descriptas que transcriben la racionalidad clínica de la época (2017, p. 241).

En ese plano, el paciente parecería avanzar de un modo previsible, a partir del tratamiento moral: mediante la “persuasión” (Pérez Pastorini, 1925, p. 101), la “amenaza enérgica” (ídem), “súbitamente casi, este síntoma curó completamente” (ídem) y el paciente habría comenzado a hablar. Podemos considerar que la amenaza produciría un efecto performativo en relación a la cura, similar al que Etchepare introduciría en el caso de *Ceguera histérica*, en el que, a partir de la amenaza, la paciente se habría curado de la ceguera. Una vez recuperada el habla en el paciente, éste comenta que “tenía temor de haberse olvidado del lenguaje, o, en caso de que pudiese decir alguna palabra, la dijese mal, en cuyo caso pasaría vergüenza” (ibid., p. 102), que Pérez Pastorini identifica como un “elemento psicasténico” o “estado obsedante”. Pérez Pastorini propone un diagnóstico de mutismo histérico (“su mutismo que, sin afirmarlo, creemos histérico” (ídem)), articulado con el elemento psicasténico, el cual, según el autor, sería causa también de mutismo. Sin embargo, según Milán-Ramos y García (2017), es posible notar una oscilación en relación a la histeria:

“(…) su mutismo que, sin afirmarlo, creemos histérico” (Pérez Pastorini, 1925, p. 102);

“(…) predominante para nosotros— es el elemento histérico” (ibid., p. 103);

“(…) este elemento histérico que, sin embargo, es tan claro, a mi modo de ver” (ídem).

Ante esta oscilación, podemos preguntarnos: ¿por qué ocurre? Parecería existir cierta posibilidad de objetar la determinación de la histeria, pero ¿quién o quiénes objetarían tal diagnóstico?

A propósito del caso *Ceguera histeria* de Etchepare, es importante recordar que existía allí una tensión ante la posibilidad de determinar un cuadro de histeria: aun aceptando una posible histeria a base de simulación, Etchepare insistía con realizar los exámenes oftálmicos en busca de una lesión orgánica que pudiera descartar dicho

cuadro o dotarlo de un sustrato organicista. Como organicista que era, Etchepare se oponía o resistía a considerar las enfermedades cuya etiología no pudiera ser orgánica, en particular la histeria. En este punto, la posición de Pérez Pastorini parecería colocarse en tensión con el organicismo de su maestro. Es respecto a este punto que Milán-Ramos y García (2017) muestran, a través del análisis de la estructura argumentativa y de las trazos de heterogeneidad enunciativa del texto, la presencia de la figura de un “objeto”, de un *contendiente en función del cual Pérez Pastorini construye su argumentación*,¹²⁵ contendiente que se resiste a aceptar el diagnóstico de histeria realizado por Pérez Pastorini –aceptar ese diagnóstico iría en contra de sus convicciones organicistas–, un oponente que se quiere persuadir e incluir.

Según Pérez Pastorini, sería posible realizar una doble interpretación del mutismo, en particular sobre el elemento histérico: una que apuntaría al elemento psicasténico de Janet y, otra referida a un “estado obsedante” (ibid., p. 102), que relaciona con Charcot y Magnan. A este respecto resulta oportuno transcribir los siguientes pasajes:

“(…) lo que Janet llama el descenso de la tensión psicológica, debido a lo cual puede la obsesión transformarse en delirio” (ídem).

(…) en nuestro caso siguió siendo obsesión, pero el estado de la insuficiencia de la voluntad, debilidad del juicio, fruto de su oligofrenia, impidió tomar más cuerpo a este elemento psicasténico. Si quisiéramos clasificar esta obsesión (...) en la forma (...) en que Charcot y Magnan (...) describieron en todos los casos en que la palabra juega un rol predominante en la obsesión, y entonces la incluiríamos en una de sus variedades –la obsesión– temor de pronunciar palabras (ídem).

Frente a esta doble interpretación es preciso preguntarse: ¿por qué Pérez Pastorini refiere a un elemento psicasténico y no a un elemento neurasténico en presencia de un basamento orgánico de idiotismo? ¿acaso el cuadro de base de idiotismo es el que se encuentra verdaderamente incriminado en este caso? ¿no será que se busca hacer eje en la histeria bajo el criterio de Janet? En todo caso, es necesario notar que Janet había desarrollado la noción de psicastenia para distanciarse del término “neurastenia” ya que el mismo implicaba una etiología neurológica de la enfermedad (Ackernecht, 1979). Entonces, mediante el concepto de “elemento psicasténico”, Pérez Pastorini introduciría un distanciamiento respecto de la posición organicista de Etchepare. Sin embargo, en tanto que considera la existencia del idiotismo como un

¹²⁵ De hecho, Bernardo Etchepare estaba presente, presidiendo la sesión de la Sociedad de Psiquiatría, en la cual Pérez Pastorini presentó este caso por primera vez.

cuadro de base, ¿hasta qué punto no muestra con ello cierto lazo de compromiso con el organicismo de su maestro?

Se introduciría así cierta tensión discursiva en la cual la argumentación respecto a la histeria y el movimiento de “inclusión” de su oponente marcarían una relación de tensión transferencial entre discípulo y maestro: Pérez Pastorini se distancia de Etchepare para luego incluirlo en su escena. En el siguiente trecho, el uso de la primera persona del plural del presente indicativo en el verbo “tenemos” constituiría un trazo lingüístico-discursivo de la transferencia establecida entre los dos: “tenemos que aceptar dos órdenes del fenómeno: uno causado por el estado de abulia, reliquia del sacudimiento psíquico y orgánico (...); y el otro -predominante para nosotros- es el elemento histérico”.

A lo largo, del caso, podemos notar, entonces, los trazos de una relación transferencial:

Pérez Pastorini, en cualquier caso, tiene la oportunidad de familiarizarse con las ideas del maestro (...). Se delimitan así los primeros trazos de una escena abierta, de un horizonte de posibilidades que se determina, en la lectura de caso, por el abordaje de diversas opciones y elecciones textuales, comprendidas como indicios de una relación de poder que, en su propio movimiento, en sus márgenes posibles de indeterminación, el sujeto puede venir a confrontar su deseo, “reduciéndose” a una posición ética (ética del deseo), en la relación maestro-discípulo, médico-paciente, etc., a partir del uso (o abstención de uso) de un poder (Milán-Ramos y García, 2017, p 236).

Esto indicaría una manera particular de poner en juego a la transferencia, en la escritura del caso, ya no con el paciente, sino con el destinatario de la escritura de este caso (Etchepare), lo que parece afectar a la determinación del diagnóstico.

4.1.7 Estados catatónicos reaccionales a estructuras psicopáticas de carácter emocional (García Austt, Agorio y Fascioli, 1938)

Presentación del caso

El texto aquí abordado es publicado en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* en 1938, en el cual se expone una rica presentación de elementos teóricos y clínicos, y la articulación de dos casos, de los cuales nos limitaremos al abordaje del primero, en tanto que en él es introducida la transcripción de la *narrativa de sufrimiento* del paciente.

El texto comienza mediante una discusión en torno a las ideas de Baruk [1897-1999], con la finalidad de plantear los alcances y limitaciones de su método para el abordaje de las catatonias, así como un planteo sobre la proximidad de estos

diagnósticos respecto de las psicosis periódicas y su contenido psicopático relativo a componentes emocionales. Posteriormente, son planteadas ciertas consideraciones en torno a la relevancia de Kraepelin para la construcción de una clasificación nosográfica.

A continuación, los autores inician el abordaje del primer caso a través de una descripción de los antecedentes hereditarios del paciente; no destacan la presencia de elementos de interés: “no existen antecedentes de ostensibles manifestaciones patológicas mentales” (García Austt, Agorio y Fascioli, 1938, p 7). Posteriormente, en las referencias al tratamiento, informan del estado del paciente mostrando diferentes escenas de interacción médico-paciente. Además, hacen referencia a la observación del paciente, al examen biológico y a la piroterapia: en la observación, afirman que se trata de un “enfermo tranquilo, tal vez algo deprimido, que no habla, ni mantiene ninguna actividad. Pasa inerte todo el día con la mirada a lo lejos, al parecer indiferente a lo que lo rodea: inexpresivo” (ibid., p. 8); “Pasó así todo Marzo y parte de Abril de 1933, al fin del cual, como se hubiera notado en él una tendencia a la recuperación praxica, y a instancias repetidas de su padre, fue dado de alta” (ibid., pp. 8-9). Estos elementos informarían sobre el estado del paciente y apuntarían a los signos clínicos de la catatonia descritos por Chaslin (1912/2010) y Bumke (1924-1946/1946): tranquilidad, inercia e indiferencia.

En el examen biológico, según los autores, “no se aprecian alteraciones somáticas dignas de mención. Exámenes biológicos: (líquido céfalo-raquídeo, sangre y orina) normales” (ibid., p. 8). De acuerdo con Kraepelin (1912), el examen del líquido céfalo-raquídeo aquí referido permitiría determinar o descartar la inflamación en áreas periféricas del sistema nervioso central. Dicha inflamación, en caso de presentarse, podría ser uno de los elementos clínicamente significativos para la determinación del diagnóstico de demencia (Kraepelin, 1912). En relación a la piroterapia: “En el momento del primer acceso febril, el enfermo parecía haberse animado, pero pasada la pirexia, volvió a caer en un estado de franco aspecto catatónico” (García Austt, Agorio y Fascioli, 1938, p. 8).

Respecto del diagnóstico, los autores refieren a un “estado desagregativo del tipo demencial precoz”, el cual determinarían a partir de los siguientes elementos significativos: el brusco cambio de carácter, la abulia, el desinterés, y la pérdida completa de actividad motora; aspectos notorios en este caso. Sin embargo, tal

diagnóstico parecería haber cambiado luego de una serie de visitas que ocurren desde la internación:

(...) nos hace una visita notando en él excesiva verbosidad, excitación psíquica ligera (...) acompañada de un intenso sentimiento de bienestar, de euforia (...). 15 días después, inversión afectiva y nuevamente estado depresivo, insomnio, etc.; alarmado (...) nos consulta y se interna. (...) (3 meses después de ese breve estado distímico que anotamos más arriba) hace otro episodio de excitación con gran ansiedad y nuevamente ideas delirantes de temor, ruina, y catástrofes (...). Pero hacia Octubre, todo entra en calma; se extinguen sus trastornos delirantes (...). Fue dado de alta (...). De entonces acá, hemos tenido oportunidad de examinarlo repetidas veces, pues no pasa por Montevideo sin saludar al médico que lo asistió. Se ha mantenido siempre bien (...). La restitución ha sido, pues, *ad-integrum* (ibid., pp. 10-11).

A partir de esas visitas, los psiquiatras establecen argumentos para descartar los diagnósticos de “demencia precoz”, “estupor melancólico”, “esquizofrenia”, y determinar una “psicosis maníaco-depresiva”. En cuanto al primer diagnóstico, dado que el paciente era capaz de recordar lo ocurrido durante la enfermedad, el mismo fue descartado: “rechazada la confusión mental, por la persistencia clara y neta de los recuerdos durante el periodo patológico en cuestión” (ibid., p. 14). A partir de allí, según los autores, “el primer diagnóstico que surge a nuestra consideración es el estupor melancólico. Nosotros, creemos, sin embargo, que tal diagnóstico debe ser descartado, en virtud de la relativa riqueza y vivacidad de la vida psíquica, mental” (ibid., p. 15). En tercer lugar, estos psiquiatras contemplan la posibilidad de un diagnóstico de esquizofrenia, sin embargo, lo descartan inmediatamente puesto que, “dada la evolución absolutamente favorable sufrida por el proceso patológico no podemos admitir la naturaleza disociativa de aquel síndrome” (ídem).

Una vez descartados los cuadros anteriores, los autores proponen un diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva, dado que, en primer lugar, visualizan momentos de la evolución de la enfermedad en los que parecen predominar los elementos sintomatológicos maníacos –observación de momentos de: “excesiva verbosidad, excitación psíquica ligera (...) acompañada de un intenso sentimiento de bienestar, de euforia, etc. Todo le parecía realizable” (ibid., p.10) – y otros, donde prevalecen los depresivos –“estado depresivo” (ídem)–; y, en segundo lugar, hacen alusión a ideas delirantes mediante la referencia a un relato del paciente: “este relato que ha confirmado toda vez que hemos conversado sobre su estado mental en aquel episodio, revela la existencia de un delirio colorido francamente melancólico” (ibid., p. 9).

En relación a la cura, los psiquiatras refieren a paulatinas remisiones sintomáticas, hasta que el paciente lograría finalmente mantenerse “siempre bien”, por lo que la restitución se volvería “ad-integrum” (ibid., p. 11).

Análisis discursivo

Respecto a la relación médico-paciente podemos señalar que allí se establece un vínculo afectivo con el médico sostenido en el tiempo, tal como lo evidenciarían los siguientes pasajes del caso:

“El 21 de julio, nos visita el enfermo (...), se muestra agradecido al médico que lo asistió y hace entonces el relato de sus sufrimientos durante la enfermedad” (ibid., p. 9);

“(...) pasa bien hasta el 24 de febrero de 1934. En esa fecha nos hace una visita” (ibid., p. 10);

“(...) existía inquietud motriz, traducida en varios viajes a Montevideo y Canelones, visitas, etc. (idem).

“(...) 15 días después (...) nos consulta y se interna. Sometido a tratamiento adecuado, recupera el sueño y la tranquilidad” (ibid., pp. 10-11);

“Pero hacia Octubre, todo entra en calma (...) De entonces acá, hemos tenido oportunidad de examinarlo repetidas veces, pues no pasa por Montevideo sin saludar al médico que lo asistió” (ibid., p. 11);

“Se ha mantenido siempre bien; es cariñoso, adecuado en sus explicaciones y en su conducta” (idem).

Nótese en la serie la referencia a las visitas, al agradecimiento al médico y al comportamiento cariñoso, que podrían ser considerados como índices de la transferencia. Este vínculo afectivo mantenido a lo largo del tiempo, nos lleva a conjeturar sobre la posible incidencia de la relación transferencial en el establecimiento de la cura y el diagnóstico. En cuanto a este último, resulta posible analizarlo a partir del mito continuista empírico subjetivista propuesto por Pêcheux (1975/2016), en tanto que en este caso la determinación del diagnóstico parecería producirse de forma retroactiva.

Los autores comienzan su abordaje mediante una descripción de los signos clínicos observables de la catatonía:

	Origen
Categorías lógico-gramaticales de referencia	Yo Ver Presente Aquí
Forma de base del enunciado	[Yo digo que] Yo veo esto
	[yo veo que] “Pasa <u>inerte</u> todo el día con la mirada a lo lejos, al parecer <u>indiferente</u> a lo que lo rodea: <u>inexpresivo</u> ” (García Austt, Agorio y Fascioli, 1938, p. 8)

Una vez realizada dicha descripción, el diagnóstico inicial es determinado mediante una forma del enunciado que, según el mito referido por Pêcheux (ibid.), se caracteriza como *generalización*:

	Generalización
Categorías lógico-gramaticales de referencia	Él, X/ yo Decir Pasado En otro lugar/ aquí
Forma de base del enunciado	Se me dijo que Se constato que
	[se constató que] “el primer diagnóstico que surge a nuestra consideración es el estupor melancólico” (García Austt, Agorio y Fascioli, 1938, p. 15)

Al ser considerada la posibilidad de un diagnóstico de estupor melancólico, los autores hacen referencia a una visita del paciente, ocurrida luego del alta. Tal visita es reportada a través de un discurso directo, tomando en consideración el relato del paciente, entre comillas y en primera persona. De acuerdo al mito antes referido, tal relato podría ser tipificado, quizás, como un momento de *desfasaje*:

	Desfasaje
Categorías lógico-gramaticales de referencia	Vos (Tú)/ yo Decir Pasado En otro lugar/ aquí
Forma de base del enunciado	Vos (tú) me dijiste que
	[tú me dijiste que] “después de sentirme triste con fatiga física, incapaz de trabajo como hasta entonces,

	<p>comencé a creer que la gente de mi pueblo quería apoderarse de mí, para llevarme en un carro descubierto y exhibirme como asesino. Me sentía inferior a ningún otro; creía que mi familia estaba arruinada, pérdida, privada de su crédito, todo por culpa mía; preveía catástrofes, desgracias mundiales y no encontraba para explicarlas, otras razones que las de mi propia responsabilidad. Durante mi estadía en el Hospital sufrí mucho íntimamente, llorando bajo las ropas de la cama, sin atreverme a revelar nada, ni esbozar la menor reacción porque creía que era un castigo que tenía que sufrir. Creía que, en lugar de enfermos los asilados eran sujetos condenados a padecer por mi culpa. Si nunca dejé de comer fue porque creyendo la comida envenenada, pensaba que cuanto más comiera yo, menos quedaba para intoxicar a los demás” (pp. 9-10).^{126,127}</p>
--	---

Como podrá observarse, la introducción de la narrativa de sufrimiento del paciente parecería habilitar el establecimiento de un diagnóstico diferencial, que le permite señalar a la transferencia médico-paciente como un elemento fundamental para la determinar el cuadro de psicosis maníaco-depresiva. Ante dicha determinación diagnóstica es necesario pensar que: “la experiencia de sufrimiento depende de actos de reconocimiento” (Dunker, 2015, p. 220) –del médico hacia el paciente y del paciente hacia el médico– “articulados por la narrativa en demandas transitivas, y considerando que el sufrimiento se expresa como una dialéctica” (ídem).

En virtud de ello, dicha narrativa se produciría como un efecto del lazo transferencial del paciente hacia el psiquiatra, lazo que es aludido a través de la referencia a las periódicas visitas del paciente al médico, que permiten articular una relación de reconocimiento, la cual habilitaría al paciente a narrar lo ocurrido durante la enfermedad. De esta forma, a partir de la transferencia, sería posible afirmar que el decir

¹²⁶ Si bien en la mayoría de los casos estudiados, la palabra del paciente es apenas referida, citada o parafraseada, en este caso se transcribe el decir del paciente, a partir del cual se introduciría una serie de modificaciones en el diagnóstico. Ante ello, nos interrogamos sobre el valor de la palabra del paciente en este caso: ¿sería correcto considerar que la palabra del paciente introduce un desfasaje en el eje del mito, como parte de la continuidad empírica del mismo? Lo cierto es que este decir parecería dar lugar a un cambio de foco en torno al diagnóstico, en tanto que promueve el estudio del diagnóstico diferencial del caso. Cabe preguntarse: ¿la palabra del paciente tiene el mismo “valor” que la que tendría la palabra de otro médico, de otro colega, que le dice algo, que le explica o trasmite algo sobre un paciente?

¹²⁷ A nivel clínico, si bien el texto no lo explicita, podría verse reflejada la influencia del pensamiento de Kraepelin (1920), no sólo al jerarquizar los aspectos históricos de la narrativa del paciente, sino también al sostener cierta consideración de las enfermedades mentales como el resultado de la interacción entre el déficit, las alteraciones de los procesos mórbidos subyacentes –en general de naturaleza biológica–, así como al establecer condiciones existentes en el sujeto (Pereira, 2009). Dicho supuesto se basa en que, al observar la evolución de la enfermedad mental, en el progreso anormal constituyente se ve indicada la oposición entre desarrollos de naturaleza histórico-individual y la presencia de un proceso de rupturas mórbidas repentinas de la continuidad de la experiencia vital.

del paciente, al ser reconocido y citado en este caso, posibilitaría la emergencia de un recuerdo que haría posible no sólo el diagnóstico diferencial, sino que también mostraría en qué medida la transferencia podría tener un estatuto central en tal determinación del propio diagnóstico.

Por otra parte, en relación a las referencias a elementos lingüísticos que nos permiten inferir la transferencia, podemos indicar que el uso del adjetivo calificativo “cariñoso” constituiría un trazo transferencial presente en el siguiente material discursivo: “es cariñoso, adecuado en sus explicaciones y en su conducta” (García Austt, Agorio y Fascioli, 1938, p. 10). Dicho término, “cariñoso”, parecería remitir a la forma en que el paciente se posiciona ante la persona del médico, esto es, la manera en que desplaza hacia él un monto de afecto. Ahora bien, dado que el adjetivo se introduce en relación a las referencias que señalan la dirección de la cura, consideramos que ésta no se encuentra incriminada en realidad por la mera referencia a la remisión sintomática, sino por una referencia transferencial, por lo que la cura sería aludida negativamente, como un “agujero”, un punto de inflexión en el discurso, una transformación del paciente que es producto de la transferencia.

En la escritura del caso, podemos observar un pasaje desde una mirada de los signos y síntomas del paciente, esto es, de hacer foco en el diagnóstico, hacia una referencia a su decir y comportamiento. De este modo, se produciría un desplazamiento en el discurso, un cambio de foco, que podría constituir un índice de un movimiento mayor, marcado por una revalorización de la palabra “paciente”.

4.1.8 Examen psicológico de un Artista Esquizofrénico (Cáceres, 1938)

Presentación del examen

Este examen psicológico es publicado en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* en 1938. El abordaje de tal examen permitirá no sólo mostrar las diferencias que presenta respecto de un caso clínico. También resulta de interés porque en él figura una articulación de ideas freudianas y comentarios sobre la obra del paciente examinado, que nos permitirían una articulación con el concepto de transferencia.

La escritura del examen es diferente a la del caso: Cáceres no hace referencia a los antecedentes hereditarios, al tratamiento ni a la cura; no obstante, realiza puntualizaciones sobre los antecedentes familiares, el uso de la técnica de Radecki, el desarrollo de la enfermedad, la etiología y el diagnóstico, así como sobre las obras de arte del paciente. En cuanto a los antecedentes familiares del mismo, el autor describe al

padre y a la relación con su madre, mediante una alusión al complejo de Edipo: “H. B., muy apegado a su madre, fue desarrollando un complejo de Edipo que el propio Rossi ya había observado” (Cáceres, 1938, pp. 31-32).

En la ficha psicológica que Cáceres realiza, mediante la aplicación de la técnica de Radecki –la cual permite explorar la marcha de las diferentes funciones psíquicas–, se destaca lo siguiente:

Atención concentrada dirigida (...) a los siguientes dominios: su última mujer, su oficio de dibujante, su alto valor como artista y su higiene corporal. Imaginación: con representaciones en que se evidencia una excesiva subjetivación y deformación representativa de las realidades objetivas; Asociación: con subordinación a los intereses afectivos y Juicio: deformado en consecuencia (ibid., pp. 32- 34).

Según Cáceres, a través de dicha técnica sería posible conocer datos familiares y elementos clínicos referidos a la semiología de la atención, imaginación, asociación, juicio y actividad psíquica. Según Chaslin (1912/2010), estos elementos semiológicos pueden ser estudiados mediante la observación de los dibujos y las expresiones artísticas, tal cual se presentan en este examen.

Durante el estudio de las obras artísticas de H. B., es posible notar una serie de descripciones sumamente precisas en torno a la técnica empleada por el paciente en sus pinturas. En las consideraciones de la obra de H. B., Cáceres expresa: “en las composiciones predominan ciertas figuraciones de objetos tales como llaves, cerraduras, fósforos, serpientes, cofres, etc. que para los freudianos constituirán típicas simbolizaciones sexuales que llenan estos dibujos” (1938, p. 38).

Análisis discursivo

Si bien no parecen introducirse referencias a la determinación del diagnóstico durante el examen, existen alusiones sobre la relación entre el psiquiatra y el paciente, aunque de manera indirecta, dado que, más que referir a la relación con el paciente, se encarga de describir sus pinturas. Cáceres realiza una serie de observaciones sobre las obras de arte del paciente, las cuales se presentan, principalmente, como elogios: “trabajo meticuloso y constante” (ibid., p. 34); “la producción es rica y bien estructurada” (ibid., p. 38); “minuciosidad de la reproducción” (ídem). ¿Acaso, mediante el elogio¹²⁸, no se articularía en la escritura de este examen cierta modalidad transferencial entre el psiquiatra y la obra de H. B.? La relación que se establece con el

¹²⁸ Según Lacan, “el elogio sustituye al amor mismo” (1960-1961/2003, p. 178)

paciente examinado no ocurre directamente, sino que es mediada por la relación con su obra pictórica. Cuando el paciente pinta, ¿para quién lo hace? Es interesante notar que, en la determinación de este examen psicológico, la relación médico-paciente parecería estar mediada y centrada en su producción artística, de modo que la transferencia podría presentarse aquí a través de elementos estéticos que favorecerían la posible identificación con el paciente, lo cual, de ser así, permitiría jerarquizar, como contenido de esta labor clínica, el hecho artístico.

En relación a las referencias lingüísticas que permitirían abordar el fenómeno transferencial es posible señalar que, al aplicar la técnica de Radecki, Cáceres expresa que el paciente “a veces considera que el médico es un explorador polar, otras veces cree que es un esgrimista, otras veces cree que es un hermano de su última mujer” (Cáceres, 1938, p. 34). En tanto que la técnica permitiría dar lugar a los sustantivos “explorador” “esgrimista” y “hermano”, se introduciría cierto efecto performativo, en tanto que tales sustantivos parecen intervenir como metáforas en el discurso (Pêcheux, 1984). A través de la aplicación de “la técnica de Radecki”, el lugar del psiquiatra parecería ser designado a través de otros términos que lo sustituyen y que podríamos considerar trazos lingüístico-discursivos de la transferencia allí en juego. Esto es, que el psiquiatra puede ocupar para este paciente un lugar familiar (“hermano”), puede considerarlo un investigador o científico (“explorador”), o bien una persona habilidosa (“esgrimista”). En la medida en que el lugar y papel del médico ante el paciente queda caracterizado mediante dichos trazos, sería posible señalar, como vimos en el capítulo 1, que este último podría dirigir un monto de afecto hacia la figura del médico. Ello merece ser comprendido como un fenómeno transferencial.

4.2 Trazos lingüístico-discursivos de la transferencia en la escritura de caso clínico psiquiátrico

A partir del estudio de los casos clínicos, hemos intentado localizar el problema de los trazos transferenciales. Desde allí, tomando aportes de Dunker, Paulon y Milán-Ramos (2016), podemos concebir dos escenas o polos del discurso:¹²⁹ uno que podemos denominar *polo de la razón* o *escena descriptivista-naturalista*, concebido como una escena enunciativa ideal, constituida por elementos descriptivos que se presentan en una

¹²⁹ Caracterizamos dos *polos*, pero evitamos hablar de *continuum* entre ellos, concibiendo la existencia de *discontinuidades*, *cesuras* y/o *cortes* en el desplazamiento de uno a otro; esta polaridad discontinua y con cortes es imaginizada, de cierto modo, disimulada, por la imagen de *continuum*, sin discontinuidades epistemológicas, que ofrece el *mito continuista empírico subjetivista* (Pêcheux).

relación naturalista observacional y objetivista (escena de la razón), en la cual los hechos estudiados se presentan a la sensibilidad de manera objetiva, de modo que el sufrimiento humano es aproximado a un dato objetivable, lo que permite que la locura pueda ser delimitada por la categoría de "enfermedad mental" (Pereira, 1998, p. 190), y otro que podemos llamar *polo narrativo*, entendido como una escena enunciativa narrativa que en sí misma constituye un desplazamiento, superposición y/o que se encuentra en tensión respecto a la *escena ideal de la razón*; en la escena narrativa se produce o representa una interacción entre médico y paciente y, en el caso de que podamos atribuirle trazos transferenciales -ordenados en torno a una suposición de saber- se constituiría como una *escena transferencial* (Gambini, 2018).

La predominancia de la razón parece dar lugar a una escena enunciativa que se encuentra constituida por elementos eminentemente descriptivos y observacionales que, se introducen por la presencia de propiedades referidas a objetos (Gambini, 2018), –por ejemplo, mediante el uso de adjetivos calificativos, así como por la ausencia de verbos de acción–, lo que daría lugar a una escena fija, sincrónica, que respondería al ideal descriptivo-observacional de la ciencia. Así parece indicarlo el siguiente ejemplo:

El enfermo está desorientado; ignora la fecha en que vive, no sabe dónde estaba; pero su aspecto no es el de un confuso, que se esfuerza vanamente en comprender su situación; por el contrario, su mímica plácida demuestra satisfacción y bonhomía (Rodríguez, 1936, p. 15).

En esta escena sería posible señalar una *organización descriptiva-observacional* que permite tanto la descripción de síntomas como la posibilidad de establecer cierto diagnóstico, a partir de una referencia a elementos sensibles-observacionales, que posibilitan el establecimiento de un cálculo y una síntesis (Foucault 1966a/2001). En este sentido, la razón parecería generar una escena enunciativa que da lugar a una presentación ideal de la enfermedad –como si ella constituyera una totalidad–, en la cual el paciente quedaría presentado como un sujeto universal, y no meramente como un caso particular, al que se refiere mediante una serie de trazos descriptivos de carácter objetivo. El siguiente pasaje de Etchepare puede servirnos de ilustración a este respecto:

El caso entra, sin duda, en los de falta de función aislada cerebral (...) se trata de niños que, normales y bastante bien dotados en lo que concierne a la inteligencia en general y al conjunto de sus facultades cerebrales son, sin embargo, muy inferiores a sus camaradas de la misma edad (1924/1930, p 846).

A pesar de ello, en la escena de la razón es posible evidenciar ciertos elementos asociados a la interacción médico-paciente que hemos denominado “indicios” o “trazos”. Ciertas expresiones como “es orgullosa” (Bermann, 1936, p. 15), o “plácida” (Rodríguez, 1936, p. 15), etc., empleadas para describir momentos en que un paciente se expresa, pueden considerarse indicios de la relación allí establecida. Lo que acabamos de afirmar nos permite pensar que, aún en la descripción pretendidamente objetiva del médico, resulta factible hallar apreciaciones subjetivas del paciente. Ello nos habilitaría a considerar que el empleo de adjetivos parecería introducir un “núcleo de narratividad”¹³⁰ que apuntaría a la escena de interacción mediante un núcleo de drama que el propio adjetivo parece circunscribir (Gambini, 2018).

La “escena enunciativa de la razón” traza así la puesta en discurso del “mito continuista empírico-subjetivista” (Pêcheux 1975/2016), en tanto que se establece en el discurso una referencia a un observador exterior, un sujeto universal, plenamente consciente, capaz de observar los fenómenos clínicos y construir unidades mediante el uso de categorías *a priori* que le permiten describir lo observado sin aparente perturbación, tal como lo indica el siguiente ejemplo: “El diagnóstico no ofrece dificultades en un enfermo que después de un periodo de somnolencia y diplopía, presenta rigidez, temblor, pérdida de los movimientos asociados y automáticos, etc. No cabe más que un diagnóstico parkinsoniano post-encefálico” (García Austt y Darder, 1936, p. 64). La escena enunciativa de la razón parece estar regida a partir de una perspectiva kantiana, en la cual el tiempo se presenta como un “organizador”,¹³¹

¹³⁰ Según Genette (1966/1972), la narración refiere a acciones o acontecimientos y permite hacer énfasis en el aspecto temporal y dramático del relato.

¹³¹ Es interesante notar que la psiquiatría reconoce la influencia de la obra kantiana en la teorización del proceso de adquisición del conocimiento de dicha disciplina, en cuyo proceso debemos localizar lo que aquí hemos llamado *polo descriptivo-naturalista* o “escena de la razón”. A partir de allí es posible plantear que, si el conocimiento se inicia por la acción de la percepción, ésta debería tener una relación de necesidad con el papel de las *intuiciones puras*, ya que, según Kant (1787/2003), las mismas establecen la condición necesaria para la percepción, puesto que hacen posible a las *intuiciones empíricas* del objeto. Ello resulta así porque, mientras que el espacio es la condición subjetiva y necesaria de la sensibilidad que hace posible la intuición empírica –permitiendo que los objetos sean percibidos como exteriores a nosotros mismos, pudiendo obtener de ellos, intuiciones (la forma del fenómeno)–, por su parte, el tiempo –que es para el autor la forma del sentido interno, la intuición de nosotros mismos, de nuestro estado interior– no es determinación de los fenómenos exteriores, sino de la relación de las representaciones en nuestro estado interno. Él se establece como la condición formal *a priori* de los fenómenos en general, ocupando la función de “organizador”, dado que todas las representaciones, sean o no referidas a un objeto externo, pertenecen a un estado interno, que pertenece al tiempo, en tanto que el tiempo es la intuición de nosotros mismos en nuestro estado interior. Por ello, podemos decir que, así como todos los fenómenos exteriores están en el espacio y son determinados *a priori* según las relaciones del espacio, todos los fenómenos, en general, están en el tiempo, están necesariamente sujetos a relaciones con el

produciendo la ilusión de un sujeto que sería capaz de ser consciente de sí mismo mientras percibe. De este modo, prevalece una concepción de la conciencia que acompaña a todas las representaciones. Así parece indicarlo el siguiente pasaje de Rossi: “Dueño así de todo el proceso de la enfermedad –etiología, naturaleza, marcha– resolví dejar de lado la amenorrea y emplear un criterio exclusivamente psicoterapéutico” (Rossi, 1916, p. 727).

A esta escena se le superpone la escena enunciativa narrativa que posee cierto dinamismo transformativo, y que está constituida, de manera general, por la representación de las acciones e interacciones entre personajes que ocupan cierta posición dentro de una relación transferencial. Desde un punto de vista lingüístico, la escena se organiza a partir de verbos de acción que posibilitan efectos performativos, pero también puede estar señalada por un cambio de posición enunciativa del impersonal o tercera persona hacia la primera persona (tanto del plural como singular). Un ejemplo a este respecto podría ser el siguiente: “Ante las quejas de la enferma resuelvo intervenir con otros medios. Por medio de presiones en los brazos y excitaciones en la faringe provoca una intensa crisis de lágrimas. Inmediatamente la enferma se siente mejor, y el siguiente día estaba curada” (Morelli, 1899, p. 258)¹³².

Al pensar en esta y otras citas, es posible considerar que la escena transferencial supone la introducción del yo (individuo) y de la interacción en una dinámica narrativa que presume una organización temporal “hegeliana”¹³³. Dicha articulación temporal

tiempo, en la medida en que el tiempo es, para Kant (ibid.), la intuición de nuestro estado interno cuando percibimos esos fenómenos generales.

¹³² A lo largo de los casos parecería existir cierta oscilación, entre momentos “descriptivos” en que se mira al paciente y a su decir (en sus síntomas, signos y síndromes, y a veces en su prosodia, tonalidad y coherencia, etc.) y momentos de interacción, de “conversación”, y “escucha”, donde la palabra parecería tener un estatuto diferente, donde es posible acceder a recuerdos y sueños, a pesar de lo cual, la palabra parecería quedar, por momentos capturada por la codificación semiológica y por otros, en un lugar de no integración plena (apenas se la refiere, se la transcribe pero no se la analiza, se cita pero no se la integra plenamente en el discurso).

¹³³ Podemos considerar la influencia de Hegel en la obra de Pinel, Falret, Griesinger y Kraepelin, sobre todo en lo referido a la articulación del método clínico, a la delimitación del diagnóstico diferencial y en la referencia al tratamiento moral. En relación con el diagnóstico diferencial, la influencia de Hegel permitió introducir la concepción del *tiempo* como categoría ontológica fundamental, la cual posibilita afirmar que los seres se realizan en el tiempo y que son objetivaciones instantáneas en el campo de la temporalidad, como momentos en los que se manifiesta la identidad y el cambio, la identidad y la diferencia (Gil Ruiz y De la Mata, 1982). A partir de allí, sería posible comprender distintos momentos de la manifestación del ser a partir de la presencia de su enfermedad, de la identidad del cuadro y de su diagnóstico diferencial, gracias a la articulación de la dialéctica, la cual, en rigor, se pierde para llegar a una formulación atenuada, en la cual, temas tales como los de la contradicción, la dinámica interna de los seres, la comprensión y la empatía van a sufrir una inversión irracional que afecta la concepción de la locura. En Minkowski y en Binswanger, por ejemplo, la temporalidad permite dar lugar a una profunda

puede verse fundamentalmente en relación al tratamiento moral, la psicoterapia, el interrogatorio del paciente y el diagnóstico diferencial. En relación al tratamiento moral, podemos mostrar cómo se articula una performatividad, por ejemplo, cuando García Austt (1930), al referir al primer contacto con la señora de X, dice: “nos fue fácil constatar cierto grado de inquietud emocional: se mostraba intranquila, afligida por la visita médica”, luego de lo cual, “tras algunos esfuerzos nos es posible calmarla, devolviéndole la confianza en sí misma” (García Austt, 1930, p. 551). Si tales esfuerzos estuvieran articulados alrededor de la palabra, los mismos podrían interpretarse como un *acto de habla ilocucionario*¹³⁴ (Austin, 1962), en tanto que introduce fuerza en su decir dando lugar a un *efecto performativo* (Austin, 1962) sobre la paciente. Esta “maniobra discursiva” señala el papel de la interpelación y la puesta en funcionamiento de la dialéctica del amo y el esclavo.

En cuanto a esta dialéctica, de acuerdo con Pinel (1801/1804), si el tratamiento moral consiste “en dominar y domar, por así decirlo, al loco, sujetándole en un todo a un hombre que por sus cualidades físicas y morales tenga sobre él un dominio irresistible, y que pueda mudar la serie viciosa de sus ideas” (p. 115), entonces es posible considerar que el médico se posiciona en el lugar del amo. Este debe mandar al paciente a reconocer su lugar de autoridad, ante el cual debe someterse como un esclavo. Mediante su sometimiento, el paciente alcanza un reconocimiento de sí, pues, el reconocimiento del amo es condición para todo reconocimiento ulterior, y, en particular, del auto-reconocimiento. Dicho de otro modo, este auto-reconocimiento señalaría el desarrollo de una consciencia cuya existencia depende del reconocimiento de la “*conciencia independiente*” del amo (Hegel, 1807/2015).

En relación a la psicoterapia, si bien en ninguno de los casos pareciera figurar un abandono del predominio del tratamiento moral, no obstante, se introducen referencias a conversaciones y recuerdos que indicarían la articulación de una dialéctica de reconocimiento.

transformación del concepto de “locura”, que cesa de ser comprendida como una degradación orgánica y pasa a entenderse como una de las alteraciones posibles y radicales en las que se manifiesta la alienación de la vida humana (ibid.).

¹³⁴ El acto ilocucionario, es “el acto que llevamos a cabo al decir algo, prometer, advertir, afirmar, felicitar, bautizar, saludar, insultar” (Austin, 1962, p. 32) dicho acto tiene sentido e importancia según la fuerza ilocucionaria, es decir según el contexto dentro del cual se produce ese acto ilocucionario y la referencia a partir de la cual eso que se dice lleva a cabo algo al decir algo. Por ejemplo, si un cura (representante de la Iglesia Católica) dice: “yo te bautizo”, su acto de habla posee una fuerza ilocucionaria que hace que al decir eso realice la acción de bautizar.

Durante el interrogatorio de uno de los pacientes de Etchepare, podemos localizar enunciados que introducen la diacronía del tiempo, tal como ocurre en el siguiente párrafo:

Oye perfectamente, pero no comprende sino algunas palabras estudiando el juego de los labios de su interlocutor. Pero, aun así, sobre todo hablándole al oído, repite aproximadamente lo que se le pregunta, sin que tenga una contestación.

“¿Eres casada o soltera? ¿Cuántos años tienes?” Repite toda la frase y hasta mima nuestro gesto. Pero la interrogación queda sin respuesta. Ha, pues, oído bien, pero no comprende lo que se le dice. A veces contesta sin imitar, y entonces expresa algunos fragmentos de vocablos o seudoneologismos tales como “echin, tepe, emoreja”, etc. (Etchepare :1924/1930, pp. 844-845).

Como puede notarse, en el interrogatorio, es aludida una sucesión de momentos, momentos de preguntas sin respuesta, repetición, imitación de gestos, y seudoneologismos. No aparece aquí la referencia explícita a un concepto clínico que organice el discurso a la manera de un cuadro, sino que se introduce la determinación de ciertos enunciados que refieren a la interacción. Podemos considerar que tales referencias se presentarían por efecto de la transferencia, en tanto que ellas parecerían indicar, mediante el uso de la expresión “echin, tepe, emoreja” (Etchepare en mi oreja), el lugar transferencial del psiquiatra para la paciente.

En relación al diagnóstico diferencial, es necesario señalar que la determinación del cuadro de un paciente es posible mediante la articulación entre un concepto universal y un acto de nominación en el que se declara que “X presenta un cuadro Y”. Esto permite pensar que, cuando se dice “Y”, “Y” funcionaría como un concepto universal que ligaría diferentes rasgos clínicos particulares presentes en X; y que, al introducir el concepto de “Y”, se remite a un acto declarativo –como el enunciado “yo declaro que X presenta un cuadro Y”–, el cual representaría una acción de ese “yo” que genera efectos performativos, esto es, el propio diagnóstico.

En relación a los procesos de determinación del diagnóstico, podríamos considerar que, en tanto que dicha determinación podría ser delimitada mediante la *articulación de un concepto con un acto declarativo*, es necesario advertir, de acuerdo con Hegel, que “todo concepto determinado es absolutamente vacío, pues no contiene la totalidad, sino solamente una determinación unilateral” (1812-1816/2013, p. 765). Ello significa que el cuadro, en tanto concepto, es producto de una *concretización*, que consiste, en nuestro caso, en llevar la referencia de la enfermedad mental a un cuadro delimitado y concreto mediante el movimiento ideativo, de modo que la referencia a la

totalidad (a la propia enfermedad) se circunscribe mediante el uso de un concepto “concreto” (el cuadro clínico), que no refiere a la totalidad como tal, pues, esta totalidad excedería al cuadro. Por ejemplo, el concepto “histeria” no contiene la totalidad, sino una referencia a una determinación unilateral que, como tal, podría darse por razones que exceden a los criterios clínicos (fijos) preexistentes, dado que, mientras estos criterios parecen estar limitados por el complejo ejercicio de la determinación clínica del cuadro, la determinación diagnóstica parecería ser determinada y delimitada en base a *decisiones influidas por aspectos que exceden al método clínico médico*, tales como la incidencia de la propia relación transferencial.

Si consideramos que el acto declarativo antes referido permite nombrar una enfermedad mediante un enunciado, por ejemplo, “El hombre, que es esquizofrénico, es tranquilo”, desde un *punto de vista antidescriptivista*, resultaría posible advertir (como vimos en el capítulo 3) que, si bien puede hacerse referencia al uso habitual de la palabra “esquizofrénico”, lo cierto es que, en tanto tal palabra ha pasado a ser parte del vocabulario corriente (por lo menos para algunas personas), es posible afirmar que aquello que le da su significado al término “esquizofrénico” es su *uso*, y no, necesariamente, su capacidad para describir una enfermedad. Como podemos apreciar, dicho término posee una capacidad para describir al hombre, pero, ¿ello alcanzaría para referir a determinada persona o a un conjunto de personas? ¿Cómo determinar el sentido de esta frase? ¿Podríamos conseguirlo respondiendo a la cuestión de saber si todos los hombres son esquizofrénicos o si solamente algunos lo son?

Según Zizek (1989/2003),¹³⁵ puede considerarse que la palabra “esquizofrénico”

(...) estaría conectada a un objeto o a un conjunto de objetos mediante un acto de ‘bautismo primigenio’, y este vínculo se mantiene aun cuando el conjunto de rasgos descriptivos, que fue el que inicialmente determinó el significado de la palabra, cambie por completo (p. 128).

Aunque la descripción de una persona como “esquizofrénico” aludiese a características que podría presentar en determinadas situaciones, lo cierto es que la misma no constituiría una descripción de propiedades esenciales de la persona. Esto es, que tal persona no posee necesariamente las propiedades de *ser* esquizofrénico, salvo que se lo haya identificado con esta propiedad.

¹³⁵ Esta cita ya fue referida anteriormente, en el apartado 3.4. La reproducimos aquí nuevamente, para facilitar la lectura.

A este respecto, nos parece de utilidad retomar el caso de *Ceguera histérica* (1913), en el que Etchepare arribaría a una determinación diagnóstica a partir de una consideración sobre la condición social de su paciente. El énfasis colocado en este aspecto mostraría de qué manera la posición de Etchepare, en tanto psiquiatra, quedaría afectada por la relación transferencial que entabla con su paciente, en tanto que la determinación del diagnóstico diferencial parecería estar marcada por la identificación del psiquiatra con la situación de su paciente (quizás porque ambos eran de “buena familia”).

En suma, es importante destacar cómo en la determinación diagnóstica, en el tratamiento moral y en la psicoterapia, podemos mostrar diversas escenas en las que ocurre una interacción psiquiatra-paciente y también las “afectaciones” derivadas de ella: de la voluntad del médico ante el paciente, aunque también pueden ocurrir a la inversa, en tanto que la palabra del paciente puede afectar al psiquiatra en la determinación de un diagnóstico y a actuar de una forma y no otra –tal como parece ocurrir en el caso de Etchepare. Esto permite delimitar, en el estudio de los *trazos transferenciales*, la presencia de *funciones del discurso*: una “*función narrativa*”, que introduce ciertos trazos lingüístico-discursivos que podrían operar como rasgos o trazos de la transferencia –por ejemplo, adjetivos calificativos, verbos de acción, referencias a la narrativa de sufrimiento, o a elementos singulares del paciente– y una “*función descriptiva*” que presenta los elementos clínicos de un modo observacional, centrándose en su secuencia, concatenación y presentación.

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

Los desarrollos teóricos de Freud y Breuer introducen la noción de transferencia en *Estudios sobre la histeria* (1893-1895) hacia finales del siglo XIX, a partir de los obstáculos que se presentaban en la relación médico-paciente: la enajenación del paciente al considerarse menospreciado, el miedo a enamorarse del médico o el espanto por transferir representaciones penosas. Estos obstáculos son definidos como un *enlace falso* en el cual un paciente reedita en el presente un deseo que proviene del pasado, pero que en el momento de su aparición original fue rápidamente remitido al inconsciente. Dicho deseo afloraría actualizando su contenido mediante una asociación a la representación de una persona distinta respecto de la situación original, sin que

exista recuerdo alguno de las condiciones pasadas en que se produjo tal deseo, pero manteniendo similar afecto a aquel originalmente producido

Freud y Breuer han hecho posible pensar desde el punto de vista de la transferencia, las relaciones entre el médico y el paciente como un medio en el que actuaría el mecanismo de la *resistencia*, el cual tiende a reproducir un tipo de relación asociado a ciertos *imágenes* infantiles durante el procedimiento de la cura. Tal definición de transferencia es redefinida por el propio Freud a lo largo de su obra, tal como refiere en la conferencia 27: *La transferencia* (1916-1917/1991), donde la coloca como *motor del análisis*, señalando de qué formas, a través de la relación transferencial, el paciente puede profundizar en sus recuerdos, ideas y asociaciones, mostrando así una dimensión productiva de la transferencia, entendida como un elemento central para la cura.

A nivel nacional, entre 1899 y 1940, el término “transferencia” no figuraría de forma expresa en los casos clínicos publicados, ni en textos doctrinales de medicina y psiquiatría nacional. Con todo, en la mencionada época parecía existir preocupación de la psiquiatría por el estudio de la histeria, en la cual estaría presente el interés por las ideas freudianas presentes en *Estudios sobre la histeria* (1893-1895/1992). En el abordaje del cuadro de histeria, ciertos autores afirmarían haber aplicado el “Psico-análisis”, el “procedimiento de Freud” considerado una “psicoterapia” (Etchepare, 1913, p. 113), el “método de Freud y Breuer conocido por Psico-análisis” (Rossi, 1916, p. 728). Por otra parte, también existirían articulaciones de conceptos freudianos en casos clínicos y textos doctrinales –sobre todo a partir de la década del 30.

En este sentido, podemos considerar que, si bien el significante “transferencia” habría estado ausente de forma explícita durante dicho período en el pensamiento psiquiátrico nacional, la incidencia de la transferencia, como fenómeno, habría dejado “trazos” en la escritura de casos clínicos, entendiendo por trazos a una serie de articulaciones lingüístico-discursivas que mostrarían el establecimiento de una relación que excedería al mero vínculo médico-paciente. En líneas generales, si bien los casos clínicos del periodo considerado mostrarían discursivamente el predominio del tono objetivo y descriptivo,¹³⁶ podemos observar recurrentes cambios de estilo y de posición enunciativa, así como la presencia de adjetivos calificativos y verbos de acción,

¹³⁶ La escritura descriptiva en tiempo presente y la ausencia de referencias a la primera o segunda persona del singular brindan una aparente objetividad, que es propia del discurso científico (Todorov, 1978).

afección, desiderativos y de comunicación en sus referencias al tratamiento, el diagnóstico y la cura, en momentos en que se señala la relación del psiquiatra con el paciente, ya sea durante el interrogatorio, la conversación, la persuasión, la sugestión o la amenaza.

Podemos clasificar los diferentes tipos de trazos analizadas principalmente en tres puntos: (i) El uso de ciertos adjetivos calificativos que podrían constituir índices de la transferencia en el discurso psiquiátrico, como cuando Etchepare realiza un elogio a su paciente aseverando que la misma era “muy cariñosa” (1913, p. 113); (ii) los cambios de posición enunciativa que apuntarían a una “caída” de la descripción-objetivación, que volverían necesaria la introducción de una posición enunciativa en primera persona del singular, es decir, un cambio de posición enunciativa que permitiría referir al accionar del psiquiatra, ubicando al mismo como personaje principal de un drama; (iii) las referencias a la conversación, persuasión, amenaza y demás recursos empleados por el psiquiatra para *favorecer que el paciente hable durante el tratamiento moral*, parecerían presentar un estatuto de saber científico, mediante el cual es posible acceder al paciente (al objeto de estudio), lo que facilitaría la curación, ya sea por la remisión sintomática parcial, como por un modo de satisfacción en la relación con el Otro.

La referencia al tratamiento moral tiende a introducir así distintas referencias sobre las maniobras del psiquiatra y de respuestas del paciente, lo que permitiría señalar una escena narrativa, que implicaría referir a momentos de conflicto entre psiquiatra y paciente, así como a otros en los que se introducen expresiones del deseo del paciente – ya sea mediante gestos, quejas, neologismos, al narrar el sufrimiento, al recordar, o cuando una paciente dice: “desearía ser la mujer de un médico” (Etchepare, 1905, p. 97).

En la medida que la palabra del paciente es articulada a una demanda del Otro que lo obliga a decir, se produciría una situación en la que el amor podría estar en juego, a partir de la relación que Lacan traza entre transferencia y amor (1960-1961/2003). Esto permite identificar diferentes escenas en las que la transferencia podría ser, de algún modo, *localizada* en la escritura de casos clínicos, mediante trazos lingüístico-discursivos que señalarían que se produciría algo del orden de la transferencia.

Ahora bien, en la medida en que la palabra del paciente no es citada, no es referida, o bien es parafraseada o transcripta sin mayor explicación, para la psiquiatría, la transferencia parecería ser del orden de lo *real* (en el sentido de Lacan). Es decir, que ocuparía un lugar entre lo *contingente* y lo *imposible*, en tanto que parecería existir allí como un fenómeno que se colocaría en el límite de lo simbolizable, inscribiéndose, por así decirlo, de modo “indirecto”, desplazado, en su propia naturaleza de acontecimiento, mediante distintos trazos lingüístico-discursivos, sin poder ser nombrada como “transferencia”.

Capítulo 5: Conclusiones

5.1 Sobre la estructura de la clínica psiquiátrica

A partir del análisis y la lectura de los ocho casos clínicos podemos proponer que cada uno de ellos daría lugar a un “teatro” en el que el paciente es obligado a reconocer el lugar de saber/poder que el discurso psiquiátrico atribuye al especialista, de modo de hacerlo responder ante él. Si lo hace “correctamente”, en forma “razonable”, se lo considera curado o en vías de curarse; si no, se lo “orienta” a fin de que reconozca la razón que la autoridad del psiquiatra comporta y que actúe en conformidad a lo que se le ordena y espera de él.

A través de ciertos enunciados particulares, el discurso psiquiátrico tiende a dejar en evidencia una serie de referencias relativas al accionar concreto del psiquiatra, *considerando a éste como si fuera el protagonista de un drama*. Este punto nos permite pensar que, cuando la locura es confrontada a responder, a partir de la interpelación del psiquiatra –ya sea mediante preguntas, órdenes, sugerencias, amenazas y persuasiones, etc.–, tiende a producirse una confrontación entre la razón y la norma, que obliga al paciente a “entrar en razón”. Mediante el tratamiento moral –como principal modalidad de tratamiento de la enfermedad mental durante el período de estudio–, el “loco” es forzado a someterse a la razón (del psiquiatra), lo que le permitiría “salir” de la condición de alienado e ingresar a una escena en la que se encontraría de forma privilegiada lo que “Pinel llamaba 'la cura' (cure)” (Dunker, 2011, p. 548):

De ahí que tanto el tratamiento moral como la práctica de las teatralizaciones jueguen sistemáticamente con inversiones y actos de reconocimiento. La relación de fuerza externa se mimetiza en el conflicto interno entre ceder o resistir. La intersubjetividad imita a la intrasubjetividad. Existe un punto preciso de conversión cuando el enfermo reconoce su error y abandona su creencia. La escena termina con la confesión, que certifica y legitima la verdad en causa en el trayecto de conversión. La libertad alcanzada contiene la marca de la gratitud y de la deuda para con el alienista. Es una operación de transferencia y restitución del poder (ibid., p. 548-549).

Al referirse al accionar del psiquiatra como director de la cura, aparece dentro del relato un reiterado ejercicio de superación de dificultades, de remisión de los síntomas y resistencias del paciente. Mediante una terapéutica moral basada en la amenaza, la sugestión, la persuasión, el interrogatorio y la hipnosis, el paciente sería obligado a reconocer y reconocerse ante el poder médico. A pesar de ello, si bien pueden localizarse trazos lingüístico-discursivos que señalarían el fenómeno de la transferencia,

tiende a ser disimulada o velada toda referencia explícita que permita establecer una conexión entre la transferencia, el tratamiento, la alteración de los síntomas y la determinación de la cura.

En relación a esta última, es interesante notar que ella es aludida de dos formas diferentes: de *forma positiva* y de *forma negativa*. En la forma positiva, el significante *cura* se hace presente discursivamente haciendo referencia al resultado de una transformación brusca e inmediata, una remisión sintomática y un cambio de posición del sujeto ante el psiquiatra. En la forma negativa, el significante *cura* es introducido sin una explicación, balizando un “agujero” en el discurso, algo que señalaría un “silencio”, un no-dicho. La cura se presentaría como un resto, sin dar cuenta de un desarrollo de cómo se habría producido el efecto de cura, es decir, la relación transferencial psiquiatra-paciente. De este modo, la cura parece ser introducida en su negatividad, como “superficie en el interior de la cual las relaciones de autoridad o de poder pueden ser puestas o representadas al modo de la 'colocación en acto de la realidad sexual de la transferencia'” (Dunker, Paulon, Milán-Ramos, 2016, p. 242).

En relación con las acciones terapéuticas, las mismas son habitualmente presentadas como si fuesen independientes del diagnóstico, tal como señalamos en el siguiente cuadro:

Cuadro clínico	Acción terapéutica	Contenido que determina el tratamiento
Astasia-abasia	<u>Amenaza</u> Examen anatómico Presiones en los brazos Excitaciones en la faringe	Simulación de los síntomas y quejas
Locura comunicada	<u>Interrogatorio</u> <u>amenaza</u> <u>aislamiento</u> trabajos	Oposicionismo
Ceguera histérica	Examen oftálmico <u>Interrogatorio</u> <u>Amenaza</u> <u>Psicoterapia</u> Procedimiento de Freud	Posible simulación de un cuadro de Ceguera
Histeria	<u>Psicoterapia</u> <u>Persuasión</u> <u>Amenaza</u> <u>Sugestión</u> Medicación	Amenorrea histérica
Sordera verbal congénita	Observación <u>Interrogatorio</u>	Expresiones lingüísticas de la paciente

Mutismo histérico	Observación <u>Persuasión</u> <u>interrogatorio</u> <u>amenaza</u>	Gestos, ademanes, expresiones lingüísticas del paciente
Cuadro maniaco-depresivo	Observación Examen biológico Piroterapia <u>Interrogatorio</u>	Catatonía

En relación a la etiología, si bien ésta exhibe una mayor articulación con respecto al diagnóstico, lo cierto es que figura una heterogeneidad de causas de la enfermedad, ya sea asociada a recuerdos patógenos, causas orgánicas, elementos emotivos, elementos de origen sexual, intoxicación, etc.

Ante ello, podríamos pensar, de acuerdo con Dunker (2011), que los casos abordados se inscribirían en una estructura de la psiquiatría cuyas características serían *preclínicas*, ya que presenta diversos “cortocircuitos” a la hora de establecer relaciones lógicas entre las terapéuticas y el diagnóstico, dado que ante diferentes diagnósticos se repite la referencia a elementos del tratamiento moral (interrogatorio, sugestión, persuasión, amenaza, aislamiento), produciéndose así una *falta de covarianza* en la relación entre diagnóstico y terapéutica (ibid.). En torno a las relaciones etiología-diagnóstico, o semiología- diagnóstico, es posible notar como la aparición de un nuevo elemento etiológico, semiológico, o transferencial tendería a modificar el diagnóstico. En *Ceguera histérica* (Etchepare, 1913) el diagnóstico se modifica a partir de la introducción de consideraciones en torno a la familia de la que proviene la paciente (una “buena familia”), como si tal referencia fuera una razón suficiente para determinar tal modificación. En *A propósito de la sordera verbal congénita* (Etchepare, 1924/1930), Etchepare refiere a una primera instancia de internación, en la que la paciente se presentaba “un poco soberbia, un tanto nerviosa, cuando se la contradecía. (...) se le encendía la cara, sobre todo cuando no se le hacía caso” (ibid., pp. 843-844), ante lo cual determina un cuadro de idiotez; mientras que, en la segunda internación, a partir de una relación más tierna con la paciente –observable en expresiones como “se ha portado realmente bien. En sus reacciones es un poco infantil: muy alegre” (ídem); “su mirada denota una inteligencia bien superior a lo que indica su lenguaje. Su mímica es muy expresiva” (ibid., p. 845)–, parece tener lugar una exploración del paciente *acorde con las expectativas del médico*, permitiendo establecer un diagnóstico diferencial y la determinación del cuadro de sordera verbal congénita, descartando el de idiotez.

En *Estados catatónicos reaccionales a estructuras psicopáticas de carácter emocional* (García Austt, Agorio y Fascioli, 1938) se describe al enfermo como alguien tranquilo, “tal vez algo deprimido, que no habla, ni mantiene ninguna actividad. Pasa inerte todo el día con la mirada a lo lejos, al parecer indiferente a lo que lo rodea: inexpresivo” (ibid., p. 8), descripción que, de acuerdo con Chaslin (1912/2010) y Bumke (1924-1946/1946), aludiría a un cuadro de catatonía. Ante ello, inicialmente se establece un diagnóstico denominado “estado desagregativo del tipo demencial precoz”. No obstante, en la medida en que el paciente visita periódicamente a los médicos, éstos pueden acceder, transferencia mediante, a diferentes elementos que los llevan a descartar los diagnósticos de “demencia precoz”, “estupor melancólico” y “esquizofrenia”, y determinar el de “psicosis maníaco-depresiva.

De esta forma, vemos como en diferentes casos la determinación diagnóstica podría ser sensible al efecto de la interacción con el/la paciente, en particular de la modalidad de transferencia que el paciente establecería ante el médico.

Por otra parte, en relación a las escenas en las que podemos localizar trazos lingüístico-discursivos de la transferencia, es interesante notar cómo en la escritura de casos, de manera reiterada, es posible señalar la función referencial del lenguaje “centrada en la tercera persona y en la descripción” (Dunker, 2011, p. 550), presente, sobre todo, al comienzo. Luego de lo cual, “la segunda parte comienza por la indicación de un personaje y por el pasaje a la narración de los acontecimientos” (ídem). Mientras que, en un tercer movimiento, se introduce la enunciación, en primera persona, la cual es característica del género dramático (ibid.).¹³⁷ Así, durante el caso, se hace foco en el accionar del psiquiatra, lo que jerarquiza la dirección de la cura e introduce referencias a oposiciones, resistencias y conflictos con el paciente. Según Dunker, “es por eso que los relatos de casos obedecen a una rigurosa sincronía entre el nivel moral de las pasiones, el nivel político de la resistencia a la razón y el nivel médico de la enfermedad corporal” (ibid., p. 552).

A partir de la articulación de la psicoterapia en el contexto del tratamiento moral, es posible considerar que la retórica psicoterapéutica “está interesada en mostrar efectos

¹³⁷ La articulación del género dramático y del teatro en la escritura de caso clínico psiquiátrico nos hace pensar que, a pesar de la “objetividad” del discurso psiquiátrico (referencia a la observación sensible, al uso de la técnica, del cálculo, de la valoración del hallazgo, de la verificación y delimitación de cuadros clínicos), se encuentra en él articulado el arte en relación al drama y la tragedia, a partir de lo cual lo oprimido es tematizado (Adorno, 1958-1959/ 2013).

transformativos, en resaltar diferencias entre antes y después. Ella es un ejercicio combinado de pruebas que tienen la estructura argumentativa de las fábulas y los aforismos morales” (ibid., p. 564), lo que, para la psiquiatría, hace del caso un “teatro” de la escena de la confesión. En relación a la dimensión “teatral” del caso clínico psiquiátrico, a pesar de los cambios de posición enunciativa y de estilo, podemos señalar cierto predominio de la *descripción*, lo que nos permitiría mostrar la influencia del naturalismo, en la medida en que las escenas estudiadas presentan un contenido “visual”, como si fueran fotografías que presentarían, mediante descripciones, imágenes de la enfermedad, del cuerpo y de las palabras (ibid.).

Bajo la escena circunscrita por la mirada, el discurso psiquiátrico, en la escritura del caso, intentaría disminuir sus dificultades en lo que respecta a la “transmisión de esta experiencia, señalando su carácter disperso, confuso y que súbitamente se reúne en una misma especie regular y discernible” (ibid., p. 561).

5.2 Sistematización de los trazos lingüístico-discursivos de la transferencia en la escritura de caso clínico

En el análisis discursivo de los casos clínicos psiquiátricos del periodo estudiado hemos intentado identificar una serie de trazos lingüístico-discursivos que hicieran alusión al fenómeno transferencial. No obstante, si bien los trazos tienden a figurar a lo largo de cada caso, lo cierto es que suelen ser referenciadas con mayor frecuencia en relación al tratamiento, al diagnóstico y a la cura.

Trazos lingüístico-discursivos de la transferencia durante el tratamiento:

En la escritura de estos casos clínicos hemos podido observar, durante el tratamiento, referencias al tratamiento moral. Con el telón de fondo de una matriz naturalista-objetivista, en la cual predomina el texto descriptivo, hemos podido identificar, como superpuestos a ese telón de fondo, actos de habla del psiquiatra hacia el paciente, así como a cambios en la posición enunciativa que interpretamos como “fallas” en el discurso. Sobre el tono objetivista-descriptivo, reflejado en una posición enunciativa en impersonal, irrumpe una escena en la que la acción del psiquiatra figura en primera persona. Tal cambio de posición enunciativa ha sido interpretado por nosotros como un posible lugar de incidencia de la transferencia, señalando cómo los pacientes modifican su posición ante el síntoma (remisión sintomática), como un modo de ajustarse a los mandatos del psiquiatra. Asimismo, tales cambios son observables

mediante el empleo de verbos de acción (realizativos) que señalan órdenes, y la realización de determinados actos del psiquiatra, que hacen que el paciente hable o que cese el síntoma, determinando un reposicionamiento del paciente en torno a lo esperado, a lo “razonable”. Además, en las alusiones al tratamiento moral, se hacen presente adjetivos calificativos que serían indicios de la referida posición transferencial ante el/la paciente, indicando que la transferencia es tierna, amorosa, hostil, autoritaria o negativa.

Si bien tales adjetivos podrían referir, entre otras cosas, a la semiología de los actos o del carácter (Chaslin, 1912/2010), los mismos se presentan, a su vez, en frases simples, en enunciados que describen la propia relación médico-paciente y las formas en que este último responde transferencialmente ante el primero. Nuestra interpretación de cómo ocurre dicha situación nos ha permitido mostrar ciertos lexemas (adjetivos) que parecen apuntar al decir del paciente, permitiendo localizar su posición transferencial. A pesar de ello, es necesario señalar que su empleo no refiere, necesariamente, a ningún cuadro clínico específico, sino que muchas veces son introducidos como palabras de uso común. Su uso en el discurso psiquiátrico tendría, entonces, una doble referencia o “doble pertenencia” (ver apartado 3.4.), al uso común y al uso técnico. La estabilidad del uso técnico en el vocabulario especializado de la semiología se vería interferida por el uso común que determinaría su sentido -de acuerdo al expediente antidescriptivista trabajado más arriba- de acuerdo a una operación de “bautismo” (Kripke, 1981/ 2005) que lo instaure como un designador rígido, a saber, una operación que introduce tales palabras en un universo de sentido. El significado de tales palabras se encontraría, en rigor, indeterminado. En todo caso, ellas presentarían un *uso* en el lenguaje, presente en la tradición oral, en una comunidad. Una transmisión que permitiría que, si bien la referencia a tales adjetivos puede llegar a jugar algún papel importante en la semiología de las emociones, de los actos y del carácter, su uso parecería “superar”, y en algunos casos “oponerse”, al modelo logicista de la psiquiatría, dado que, mientras que los signos semiológicos pueden articularse entre sí, bajo un modelo alfabético (Foucault, 1966a/2001), para dar lugar a un cuadro clínico, la referencia a los adjetivos en el lenguaje natural tendería a producir juicios comparativos o juicios connotativos (Gorbits, 1969). Si bien tales juicios pueden destacar alguna cualidad del paciente, parecen aludir más a las características de la persona que los enuncia (ibid.).

Continuando con el análisis del tratamiento, podemos señalar que el empleo de acciones terapéuticas comunes nos lleva a suponer que las mismas estarían

determinadas por su eficacia, no existiendo una relación de covarianza entre ellas y la determinación del diagnóstico. Con todo, sí parece existir covarianza entre estas acciones terapéuticas y la cura, ya que tienden a producir, performativamente, cambios en el paciente, consistentes en el cese de los síntomas, el establecimiento del reconocimiento de la autoridad del médico, generándose, finalmente, una readaptación social o una modificación sintomática.

Trazos lingüístico-discursivos de la transferencia durante el diagnóstico:

En relación al diagnóstico, nuestra lectura de la relación del psiquiatra con el paciente parece mostrar, por un lado, hasta qué punto el decir de este último es “capturado”, codificado por el discurso psiquiátrico, y, por otro, cómo la determinación diagnóstica parece estar sobredeterminada por los rasgos singulares que se articulan en el decir y hacer del paciente –sean estos referidos a la clase social, la actitud, gestualidad, el recuerdo del paciente, entre otros aspectos. En este sentido, las delimitaciones diagnósticas parecen estar sobredeterminadas por el modo en que es leído el posicionamiento del paciente ante el médico, o por la manera en que se valoran ciertos rasgos singulares del paciente, lo cual orienta el diagnóstico a una operación que lo delimitaría retroactivamente, a medida que los rasgos clínicos van apareciendo. Lo antes dicho nos permite suponer que el diagnóstico equivale a “girar estérilmente en círculos donde son muy pocos los fenómenos que entran en el campo de la visión de un saber consciente” (Jaspers, 1979, citado en Pereira, s.d., p. 1).

En la medida en que, en el establecimiento del diagnóstico, se articula una relación de cuidado, los pacientes podrían, transferencia mediante, expresar su singularidad; sin embargo, tal singularidad parece quedar subsumida al discurso psiquiátrico mediante el empleo de términos semiológicos que tienden a indicar cómo el paciente responde, su disposición o resistencia al tratamiento, o los afectos desplegados ante el psiquiatra. En función de cómo el paciente vaya respondiendo, será posible el despliegue de una serie de signos clínicos que irán delimitando el cuadro. Dicha tipificación semiológica parece reflejar, en ciertos momentos, un “cortocircuito” en el discurso, ya que no se logra conservar el modo descriptivista mediante el cual se argumenta la determinación diagnóstica, ya que, cuando aparecen los signos de la enfermedad, podemos observar cómo el accionar del psiquiatra parece estar implicado transferencialmente en una doble relación: con el paciente, sobre el cual tiene que actuar, y con la psiquiatría, la que indica qué puede y debe ser dicho.

Los contenidos que determinan el proceso diagnóstico no tienen, en general, una relación única con el cuadro clínico que se determina, en la medida en que tales contenidos no determinan sí y sólo sí a tal cuadro, pudiendo remitir a otro/s.¹³⁸ La relación establecida entre tales contenidos y el diagnóstico tiende a ser producida por procesos de determinación de distinta índole. En cualquier caso, los contenidos suelen señalar alguna característica del paciente, o algún rasgo singular (sus repeticiones, su condición social, sus comunicaciones, sus quejas, etc.), los cuales típicamente serían los puntos donde se engarza la transferencia, haciendo del diagnóstico una determinación que parece escapar, en este punto, a la racionalidad clínico-diagnóstica propiamente médica.

Trazos lingüístico-discursivos de la transferencia durante la cura:

La cura tiende a ser referida en “su positividad”, mediante enunciados que hacen mención de la remisión sintomática producida por la amenaza y la persuasión, y en “su negatividad”, como formas de encausar a los pacientes a entrar en el circuito de la demanda, a fin de articular una serie de maniobras que le permitan reconocer su lugar frente a ellas y empezar a comportarse “bien” o a hablar.

La doble concepción de la cura como determinación positiva (como un resultado visible) y negativa (como un proceso omitido o disimulado), nos obliga a plantear que la misma es el resultado de una doble tensión: aquella, producida por el modo transferencial del paciente, un modo mediante el cual el paciente actúa; y otra, que se establece entre el psiquiatra y su discurso, el cual traza un modo transferencial frente a la psiquiatría, que nos obliga a reflexionar en torno a cómo se juega el papel del psiquiatra en la dirección de la cura.

¹³⁸ La racionalidad clínico-diagnóstica, de base kantiana, supone que lo múltiple de lo dado en la sensibilidad es organizado en intuiciones, y que éstas, a partir de la acción de categorías *a priori*, dan lugar a la síntesis, a la unidad de dicha diversidad, con lo cual se conforma todo lo que ha de ser representado en una unidad sintética que no es otra cosa que la de la unión de la diversidad de una intuición general en una conciencia. Sin embargo, como plantea Adorno (1959/2015), tal racionalidad kantiana presenta “fallas”, pues “de algo que nos es dado, sobre lo que no tenemos ningún poder” (ibid., p. 247), no se desprende que “ese algo se comporte en cierto modo de tal manera que se reúna sin contradicción con nuestras formas subjetivas” (ídem). Si “se sustraen estas determinaciones que proceden del sujeto, subyace lo que es dado (...) algo completamente indeterminado” (ibid., p. 47), “algo que es plenamente caótico, plenamente desordenado; ni siquiera se podrá predecir de él con razón si ese algo tiene una existencia” (ibid., p. 249). Según Adorno (2010), no es posible llegar a determinar el uso específico de una categoría universal (y no de otra) que represente un cuadro a partir de la observación de fenómenos singulares, ya que “por supuesto, es una ingenuidad creer que se podría realmente, partiendo puramente del fenómeno singular, llegar a ese todo, sea lo que sea, sin tener ya antes un concepto de ese todo” (ibid., p. 71).

5.2.1 Delimitación de los trazos lingüístico-discursivos de la transferencia sobre la escritura de caso

Ahora bien, si bien hemos mencionado previamente las principales formas de posibles trazos lingüístico-discursivos de la transferencia en la escritura de los casos clínicos estudiados, consideramos oportuno abordar cada una de sus formas de modo más pormenorizado. Las mismas pueden ser clasificadas, a partir de su función, en:

Adjetivos calificativos:

Ciertos adjetivos calificativos que parecen remitir a índices de la transferencia en tanto que señalan la posición del paciente ante el psiquiatra. Tales adjetivos se encuentran relativamente asociados a los signos clínicos pertenecientes a la semiología de carácter (las emociones, la mímica emotiva, los sentimientos, las pasiones y los actos), los cuales parecen apuntar a la transferencia, en la medida en que parecen capaces no sólo de informar de la posición, la actitud y la afectividad del paciente, sino también de los cambios que se producen en el comportamiento del paciente a lo largo del tratamiento.

Realizativos:

El uso de realizativos muestran referencias a la *fuera ilocutiva* de los actos de habla del psiquiatra dirigidos al paciente, o a los *efectos perlocutivos* producidos por dichos actos de habla sobre el paciente. En términos lacanianos, el uso de los realizativos parecería vincularse o asociarse al papel de la demanda, al referir a las formas en que el psiquiatra actúa ante el paciente, obligándolo a responder.

Cambios en la posición enunciativa:

Ciertos cambios en la posición enunciativa pueden considerarse trazos transferenciales en tanto que permitirían localizar referencias a las vicisitudes de la relación médico-paciente, a las acciones del psiquiatra, a su introducción o exclusión de la escena, y a “cortes” en la descripción misma. Mientras se sostiene la posición discursiva impersonal, la relación del psiquiatra con su paciente parece mantenerse al nivel de una observación y descripción “objetiva” de los fenómenos clínicos. Sin embargo, en ciertos momentos de la descripción, la posición enunciativa cambia: el psiquiatra deja de sostener la descripción y se introduce una escena narrativa, pasando a enunciar en primera persona. Tal desfasaje de la posición enunciativa hace que nos preguntemos si tal variación no dejaría en evidencia una “falla” a nivel discursivo, en

tanto que la introducción de múltiples referencias a opiniones, juicios morales, valoraciones subjetivas, y acciones concretas del psiquiatra parecen mostrar en qué medida su implicación transferencial tiende a determinar su accionar –ya sea a nivel de la delimitación del diagnóstico, la elección del tratamiento o el establecimiento de la etiología de la enfermedad–, por encima de la posición argumentativa descriptiva-naturalista propia de la escritura clínica psiquiátrica de la época. Tal “falla” a nivel del discurso tiende a ser disimulada a través del semblante de saber-autoridad que el discurso psiquiátrico le atribuye al especialista.

Rasgos clínicos:

En la escritura de los casos abordados podemos señalar referencias a determinados cuadros, los cuales son referidos mediante un conjunto de rasgos clínicos. Si bien tal conjunto de rasgos puede ponerse en correspondencia y, por ende, ser sustituido por un cuadro clínico determinado, una posición antidescriptivista puede hacer acto de presencia mediante la afirmación de que dichos rasgos podrían apuntar a otra cosa, incluso a elementos ajenos a la propia observación clínica. Más precisamente, a ciertos elementos singulares, palabras aportadas por el paciente, haciendo que el diagnóstico sea definido a partir de elementos que emergen de la relación transferencial. Por ello, si bien tales rasgos no pueden ser considerados trazos de la transferencia, permiten mostrar el modo en el que se resuelve el caso, en general, involucrando a la transferencia.

5.3 El efecto de la transferencia en la escritura de casos clínico-psiquiátricos

El estudio de los casos clínicos psiquiátricos seleccionados nos ha permitido visualizar en qué medida la interacción psiquiatra-paciente ha incidido en la observación de la enfermedad, así como en su articulación con el diagnóstico, la semiología, la etiología, la terapéutica y la cura. En dicho proceso se produce una articulación entre semiología, categorías nosológicas, palabras del lenguaje natural, referencias semiológicas sobre la enfermedad del paciente, elementos relativos a la singularidad del propio paciente, de sus gestos, sus formas de hablar, de oponerse al médico, de pintar, etc. Existe así una articulación del pensamiento clínico que genera la mediación de lo general, lo particular y lo singular. Un ejercicio donde el papel de la percepción de la enfermedad mental se vuelve central para transmitir una experiencia sobre un cuadro o sobre la enfermedad de un paciente.

El caso clínico en psiquiatría se presenta como un instrumento de transmisión de la experiencia del psiquiatra, capaz de fundar un lugar para señalar, en cada momento, cual es verdaderamente la enfermedad que se observa, su cuadro, su diagnóstico. En tanto que el caso clínico se coloca como una posibilidad de la verdad, puede presentarse como un *evento* (Heidegger, 1936-1938/2003) de la emergencia de dicha verdad.¹³⁹

Ahora bien, en tanto la verdad parecería ser indicada a partir de la referencia a la naturaleza sensible de lo observable, ella sería considerada por el discurso psiquiátrico como condición de veracidad –el cuadro del paciente es *verdaderamente* éste y no aquel– y en función de dicha condición, la historia del paciente se articula, ya sea para permitir comprender la limitación de un cuadro o para descifrar un enigma. En cualquier caso, hay aspectos a aclarar, a definir, a conocer.

Es visible cómo la observación clínica de la enfermedad mental es señalada en la escritura; sin embargo, la misma presenta “fisuras”, puesto que, si bien es remitida a la naturaleza de lo somático, de la mímica o del gesto, ella no permite, necesariamente, un acceso a la enfermedad, ya que, para ello, sería necesario que el paciente hable, interactúe. De otro modo no podría confirmarse si tal o cual diagnóstico es el más adecuado ni dar lugar al fin del tratamiento; allí, frente a esa necesidad, se articularía la transferencia. El psiquiatra interactúa con el paciente mediante una relación fundada en torno a un contrato por el cual el psiquiatra está obligado a tratar y cuidar del enfermo, mientras que este último es incitado a responder, a hablar y a hacer, conforme a las indicaciones del primero. En la medida en que el paciente actúa de cierta forma, colocándose en determinada posición, puede reconocerse y ser reconocido en función de la autoridad del psiquiatra. A partir de allí, el discurso psiquiátrico puede codificar el decir del paciente mediante signos clínicos referidos a la semiología del carácter, la mímica, las emociones y los actos del paciente, etc. Desde entonces, por medio de la

¹³⁹ Heidegger plantea que “el ser [*Sein*] (como evento) –como afirmación de la verdad del ser– necesita al ente, a fin de que él, el ser [*Sein*], se esencie” (ibid., p. 42). En este sentido, podemos considerar que el discurso psiquiátrico es capaz de esenciarse como discurso en tanto que permite inscribir la figura del psiquiatra –como un “ser psiquiatra”– en un reconocer/se y dar lugar a una transmisión de la experiencia mediante el propio caso. Éste refiere a cómo el psiquiatra, en tanto ser-ahí, se afirma en cada decir y en cada acción. Por eso, el caso, al señalar lo posible, lo causal y lo necesario, se hace vehículo del pensamiento, por lo que el caso refiere el evento de la verdad. La verdad de un discurso que se afirma como verdadero cada vez que se señala cual es verdaderamente la enfermedad, la causa de la enfermedad, o la manera de tratar a la enfermedad.

articulación con otros signos clínicos, el discurso psiquiátrico iría delimitando el cuadro, o conociendo la situación del paciente.

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

En virtud de ello, la transferencia podría ser considerada como aquello que permite acceder al paciente, y con ello, a la posibilidad de ubicar y delimitar diferentes signos clínicos de la enfermedad mental. No obstante, si bien se trataría de un fenómeno que, desde el análisis del discurso, podemos nombrar como “transferencia”, el discurso psiquiátrico no lo puede admitir como existente, operando en la situación clínica. De hecho, mantener la transferencia como un resto parecería ser la operación mediante la cual el discurso psiquiátrico conservaría la ficción objetivante sobre *la verdad* de la enfermedad mental, consistente en la suposición de que la misma provendría directamente de lo observado, o del papel del psiquiatra en la dirección de la cura, sin ser afectado por ella.¹⁴⁰ La ilusión de que la verdad sería transmisible íntegramente a través de la publicación del caso está sustentada en la misma ficción.

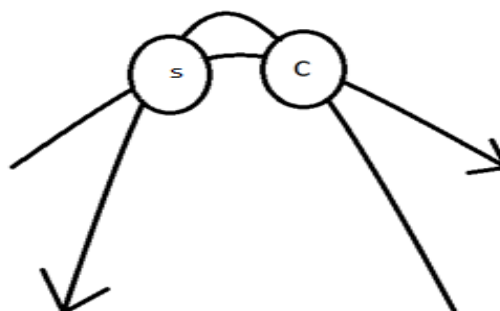
En el caso clínico en psiquiatría existe una articulación de un lenguaje semiológico, el cual sostiene la escritura y codifica la relación psiquiatra-paciente, en

¹⁴⁰ La vertiente organicista, inspirada en Griesinger, considera a la psiquiatría como una ciencia, cuyo objeto de estudio es accesible a la sensibilidad. De modo que, bajo la influencia de una perspectiva kantiana, considera relevante la observación de las manifestaciones accesibles a la intuición sensible (Pereira, 2007), las cuales, una vez organizadas por la sensibilidad, permiten percibir a la enfermedad mental en su naturaleza, tal cual se nos presenta en su forma.

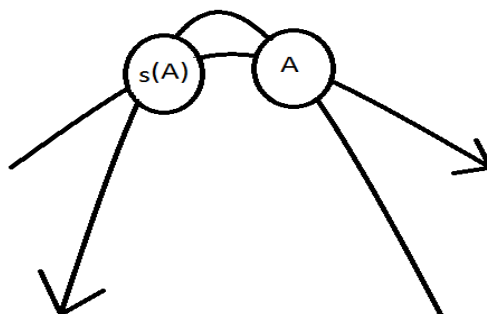
relación a la cual hemos identificado una serie de trazos lingüístico-discursivos transferenciales que informan y caracterizan el modo en el que el paciente se posiciona ante el clínico. Esto es, definen un modo de transferencia, pero sin nombrarla explícitamente. La transferencia emerge como “la huella de un punzón”, capaz de dejar su trazo en la superficie sin ser nombrada como tal, permitiendo la articulación de los trazos transferenciales con signos clínicos, dando lugar a un discurso clínico que “metaforiza” los efectos de la transferencia, y que permite referir a las “caídas” y reposicionamientos del saber, presentes en la delimitación de los síntomas, del diagnóstico, de la etiología, y del tratamiento.

La identificación insistente de trazos lingüístico-discursivos de la transferencia nos permite considerar que ella sería aludida tanto en relación a la producción de lo singular, de lo novedoso, como a la prolongación de la repetición, haciendo de la transferencia un fenómeno articulado alrededor del goce. En este sentido, si consideramos a la transferencia como la puesta en juego de un sujeto en torno a otro que se identifica con el lugar del saber, podemos afirmar que la transferencia se haría visible mediante: (i) la repetición de trazos e indicios del modo en que el paciente actúa o habla en transferencia, la cual refleja un medio de goce; (ii) indicios de momentos en que la transferencia articula un deseo, una falta que impulsa la producción de la demanda; (iii) indicios de la identificación del psiquiatra con algún rasgo significativo del paciente; y (iv) indicios de momentos en que emerge el paciente como sujeto (\$), como una diferencia que da lugar a algo de lo novedoso, un recuerdo, un gesto, una queja o una ocurrencia.

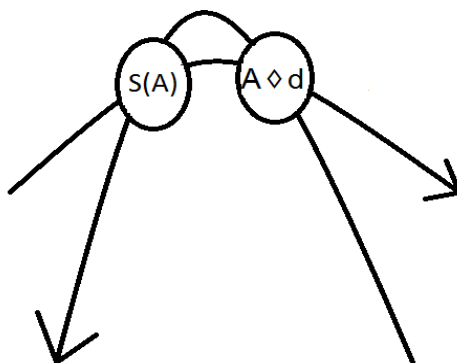
Cuando un paciente hace o dice algo, se produce una cadena de significantes que, desde el discurso psiquiátrico, es cifrada mediante un código semiológico (C), que le asigna a esa cadena un significado (s), el cual, de cierta forma, es dirigido hacia el paciente. Representamos este aspecto a partir de la forma base del *grafo del deseo* empleado por Lacan (1957-1958/2011):



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

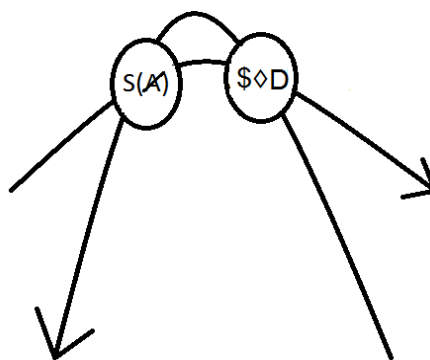


A medida que se produce la relación entre el psiquiatra y el paciente, es posible considerar que allí se articula un deseo mediante la demanda, la cual dirige hacia el Otro ($A \diamond d$).



Mientras que, desde el accionar del discurso psiquiátrico, se interpela a que el paciente responda o realice determinada acción, en función de ello, se produce un trazo lingüístico-discursivo, que parece constituir un efecto de la presencia del discurso psiquiátrico en tanto Otro ($S(A)$). Al mismo tiempo, se espera del paciente que hable, que actúe, ante lo cual se produce la entrada del psiquiatra en la escena, mediante referencias a su acción, la cual obliga al paciente a someterse a la demanda del psiquiatra como si ésta coincidiera con el deseo de aquel. Durante dicha maniobra, la ficción del discurso psiquiátrico que apunta a mostrarlo como un Otro sin fisuras parece

no poder sostenerse, en tanto que el discurso “cae”, cambia de estilo y de posición enunciativa, señalando así su falla. Por ello, la respuesta que el paciente suele dar al psiquiatra parece quedar, en ciertos momentos, en el lugar del falo, en el lugar del significante de la falta del Otro: $S(A)$. Por otra parte, la acción del psiquiatra ahí referida parece volverse accesible al paciente, por lo que este último se inclinaría a encontrarse con los significantes de la demanda ($\$ \diamond D$).¹⁴¹



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

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

¹⁴¹ Por más que el discurso psiquiátrico coloque al psiquiatra como si fuera un gran Otro no barrado, una y otra vez, ante el enigma de la locura, dicho discurso cae de la posición enunciativa impersonal a la posición enunciativa en primera persona del singular, dejando en evidencia un cortocircuito. Eso mostraría que el discurso psiquiátrico, frente a cada momento de interacción, en el fondo, no puede sostener la referencia al psiquiatra como si ello pudiese asegurar un gran Otro completo. Por el contrario, la propia “caída” de la posición enunciativa indica que el Otro está barrado (A), es decir que el discurso falla, que en él está incorporada la falta por la acción del significante, que funda al sujeto barrado ($\$$).

5.4 Prospectiva: Dialécticas de la transformación en los procesos clínico-psiquiátricos

A partir del limitado alcance de la tesis aquí expuesta, consideramos oportuno continuar nuestra labor de investigación y ampliar su alcance en un futuro proyecto de investigación capaz de estudiar las *dialécticas de la transformación de los procesos clínico-psiquiátricos* a través del estudio de los trazos lingüístico-discursivos que muestren procesos de transformación en el paciente y en su diagnóstico. Dado que los materiales que hemos indagado durante esta investigación nos han permitido señalar cambios en el paciente y sus síntomas –los cuales suelen producirse en el momento en que se introducen trazos lingüístico-discursivos que describen el papel del psiquiatra ante aquel–, consideramos esencial estudiar tales variaciones desde un punto de vista dialéctico, a fin de situar las transformaciones que se producirían a la interna del discurso psiquiátrico.

En las referencias al tratamiento moral, la psicoterapia o al diagnóstico diferencial, parece situarse un *movimiento de transformación*, tal como exponemos a continuación: en las referencias al tratamiento moral, es posible notar la articulación de un modelo de atención moral-psicoterapéutico, en el cual la transformación del paciente estaría relacionada a escenas en las que, al mismo tiempo, la propia racionalidad clínica parecería verse afectada, ya que no se relaciona a signos o síntomas observados sincrónicamente, sino a referencias a la “conversación”, a la acción sobre el paciente, así como a los efectos de dicha acción. Tales referencias se establecerían en un movimiento transformativo del propio discurso, mediante cambios de posición enunciativa y de estilo que permitirían aludir al papel del psiquiatra en la dirección de la cura, a la respuesta del paciente y a su decir.

En dicha transformación discursiva, se introducen términos opositivos, que indican una dialéctica que refiere al proceso transformativo del paciente mediante oposiciones entre “enfermedad” y “cura”, “locura” y “razón”, “pasión” y “moralidad”, “anormalidad” y “normalidad”, “drama y calma”, etc. En tanto un término ligado a la enfermedad es transformado en su contrario –en un término que refiere a la sanidad: razón, disciplina, moralidad–, la dialéctica parecería operar indicando la transformación que ocurre en el paciente. En este proceso, a medida que el papel del psiquiatra es referido en el discurso como un “yo” que señala su acción durante las operaciones de transformación de la enfermedad del paciente, sería posible señalar la determinación del

estado del paciente entre un antes y después del momento transformativo, mediante la articulación de dichos términos opositivos. Por ejemplo, si nos referimos al tratamiento moral, es posible notar que el mismo plantea (como vimos en el capítulo 2) combatir la locura mediante el influjo del poder de la autoridad médica frente al alienado, empleando un tratamiento que comprende a la alienación en su trabazón con la propia razón. A partir de allí, el tratamiento moral se presentaría como un operador capaz de transformar al paciente en sujeto, en la medida en que es llevado a reconocer el lugar de autoridad y a responder a su interpelación, la cual se articularía mediante imperativos, tal como ejemplificamos a continuación:

(...) resolví dejar de lado la amenorrea y emplear un criterio puramente psicoterápico. Tracé claramente ante la joven el cuadro completo que vengo de resumir, le demostré el error de su interpretación sobre la amenorrea, le señalé las diferencias entre su caso y el de la amiga (...) y me empeñé en convencerla de que sus temores eran exclusivamente emotivos (...) (Rossi, 1916, p. 727).

Es interesante notar que, durante la referencia al tratamiento moral, no sólo es referido el papel del médico en la dirección de la cura, sino que además parecería introducirse una transformación, en tanto que se alude a escenas narrativas que describen ciertas acciones del psiquiatra, las cuales tienden a generar efectos performativos sobre el paciente.

Ante las quejas de la enferma resuelvo intervenir con otros medios. Por medio de presiones en los brazos y excitaciones en la faringe provoca una intensa crisis de lágrimas. Inmediatamente la enferma se siente mejor, y el siguiente día está curada (Morelli, 1899, p. 258).

Como puede observarse, la transformación introducida por el tratamiento moral parecería situarse en escenas narrativas que hacen eje en la acción y en sus efectos, lo que permite focalizar el discurso en el drama, mediante alusiones al accionar del psiquiatra y a los cambios de comportamiento del paciente.

En la medida en que las referencias del paciente son integradas al discurso, éstas parecen afectar la determinación de los elementos clínicos, no sólo durante el tratamiento, sino también en el diagnóstico. Por ejemplo, al decir “histeria”, si bien parece que se alude a un aspecto global de un paciente X, ello sólo es posible mediante el uso de un concepto universal articulado en una acción –la acción de declarar que “X presenta un cuadro de histeria”– que permite pensar que el concepto universal “histeria” aludiría a un paciente singular, a través de una relación con ciertas características que referirían en forma particular al cuadro de histeria. En otras palabras, cuando se declara

que “X presenta un cuadro de histeria” –como si el mismo constituyera una propiedad general de un X singular–, es necesario indicar que “histeria” es un concepto universal que permitiría ligar diferentes rasgos clínicos particulares presentes en X, y que, al decir “yo”, como en el enunciado “yo declaro que X presenta un cuadro de histeria”, se representaría una acción de ese “yo”, la cual genera efectos performativos sobre ese X, en tanto que esa declaración nominaría el mal-estar y posicionaría al paciente en determinado lugar.

Por ello, en relación a los procesos de determinación diagnóstica, ya sea del cuadro de histeria u otro, podemos considerar que –en tanto dicha determinación se produce mediante una acción articulada a un concepto (una declaración)– es necesario advertir que, según Hegel, “todo concepto determinado es absolutamente vacío, pues no contiene la totalidad, sino solamente una determinación unilateral” (1812-1816/2013, p. 765). De modo que tal concepto articulado en la acción de declarar “X presenta un cuadro de histeria” no contiene ninguna totalidad, sino que refiere a una determinación unilateral que nomina el mal-estar y que puede ligar a la narrativa de sufrimiento del paciente dicha nominación. De este modo, los síntomas que refieren a un paciente X se enlazan con esa nominación.

Ante tal nominación, es interesante notar que el paciente puede determinar su situación: “me pasa X”, “tengo X”, “soy X”, transformando tal nominación en rasgo de identidad. Esto permitiría mostrar que el proceso de transformación que afecta al paciente, mediante la articulación de categorías que nominarían el mal-estar, haría posible que cada nominación opere como un concepto, como aquello “en que lo múltiple se relaciona entre sí, es su determinación, por cuyo medio lo múltiple es parte” (ibid., p. 644), de tal modo que ese concepto anudaría una multiplicidad. Sin embargo, tal determinación conceptual puede cambiar con el tiempo. Por ejemplo, si en este momento determinamos, mediante un concepto, el diagnóstico de “esquizofrenia”, “si doy la vuelta, esta verdad desaparece y se trueca en lo contrario” (Hegel, 1807/2015, p. 65), de modo que, durante el transcurrir del tiempo, el diagnóstico puede dejar de ser esquizofrenia y volverse, por ejemplo, psicosis maníaco-depresiva.

Un caso paradigmático de esta transformación diagnóstica estaría en el caso *Ceguera histérica*, en el que Etchepare arriba, en cierto momento del caso, a una serie de elementos clínicos determinados que le permiten establecer el diagnóstico de histeria

negativa a base de simulación. Sin embargo, un momento después, desestima tal diagnóstico a partir de la siguiente consideración:

desde que esta niña, sin problemas de amor, ni familiar, ni social que resolver, pasaba tranquilamente en medio de su familia. No tenía entonces porque simular groseramente la pérdida de visión, para hacerse interesante en forma alguna, o para sacar partido de una situación cualquiera de superchería (Etchepare, 1913, p. 118).

Al apartarse de ese cuadro, una vez descartada la simulación, Etchepare logra determinar otro cuadro: la “presencia de la histeria, de uno de esos casos descritos por Janet, como idea fija de forma sonambúlica (idem).

En cada momento de determinación diagnóstica, el “*aquí* mismo no desaparece, sino que *es* permanentemente en la desaparición”¹⁴² (idem), esto es, que la determinación del diagnóstico permanece en la propia desaparición de la referencia a la histeria negativa a base de simulación y en la entrada del otro diagnóstico. El diagnóstico diferencial se revela allí en el tiempo, en cierto instante, como un *esto*; en otro, se revela como un *aquello*, “como una *simplicidad* mediada o como *universalidad*”¹⁴³ (idem), que da lugar a una certeza: “ahora el diagnóstico es X”, lo cual es válido sólo cuando es enunciado.

Nótese que la nominación del mal-estar, mediante el diagnóstico, no puede capturar la totalidad del mismo. En todo caso, organiza momentos de transformación en el propio discurso, mediante la determinación de conceptos que se presentan en un movimiento que indica cambios en el paciente, y/o en su diagnóstico, momentos que pueden ser cruciales en la comprensión de las transformaciones que se dan en el seno de la clínica.

¹⁴² Las itálicas pertenecen al autor.

¹⁴³ Las itálicas pertenecen al autor.

6 Anexos

6.1 Tabla de las diferentes modalidades de transferencia

Relación con el paciente	Objeto a determinar	Contenido que determina el diagnóstico	Determinación del diagnóstico/ o del caso
Dominante	Caso singular de Astasia-abasia	Simulación Quejas	Histeria
Transferencia negativa	Locura comunicada	Oposicionismo	Se cura quien se readapta socialmente
Transferencia tierna	Ceguera histérica	Condición socioeconómica	Histeria de idea fija sonambúlica.
Dominante	La psicoterapia como procedimiento etiológico	El “procedimiento de Freud”	Histeria La psicoterapia es un procedimiento etiológico
Transferencia tierna	Sordera verbal congénita	Ternura	“la paciente si bien es débil mental, está bastante bien dotada”
Transferencia opositorista (inicialmente)	Particular cuadro de mutismo histérico	Idea obsedante	El mutismo histérico no tiene una causalidad puramente orgánica, sino que además tiene una causalidad lingüística
Transferencia tierna	Estado catatónico reaccional en una estructura psicopática de carácter emocional	Narrativa de sufrimiento	“el paciente no es esquizofrénico, ni melancólico ni demente”
Mediada por lo artístico	Examen psicológico	Lo artístico	El estudio del estado del arte permite conocer el estado clínico del paciente

6.2 Ejemplos de realizativos que refieren a la modalidad de transferencia

“resolví”, “tracé”, “demostré”, “señalé” (Rossi, 1916, p. 727).

hablándole”, “repite”, “contesta”, “expresa” (Etchepare, 1924/ 1930, p. 844-845).

6.3 Ejemplos de adjetivos calificativos que refieren a la transferencia

“rara”, “enojada” (Etchepare, 1904/ 1929, p. 531)

“trabajadoras”: (Etchepare, 1904/ 1929, p. 537);

“cariñosa” (Etchepare, 1913, p. 114)

“expresiva” (Etchepare, 1924/ 1930, p. 845);

“dócil” (Pastorini, 1925, p. 101).

6.4 Ejemplos de cambios de posición enunciativa que refieren al efecto de la transferencia

En los primeros días del corriente mes de Abril, nuevo ataque producido también por una emoción. Padeciendo nuestra enferma desde cinco meses de una congestión pulmonar crónica, de origen probablemente gripal, le anuncié para mi visita siguiente una aplicación de termocauterio. Al día siguiente nueva aparición de la alteración motriz con todos los caracteres arriba mencionados (Morelli, 189, p. 258)

bajo la influencia de una amenaza enérgica, súbitamente casi, este síntoma curó completamente y aquí parece un hecho interesante y por el cual esta observación ha sido presentada: al salir de su mutismo, espontáneamente, el enfermo nos manifiesta que si no hablaba, era porque tenía temor de haberse olvidado del lenguaje, o, en caso de que pudiese decir alguna palabra, la dijese mal, en cuyo caso pasaría vergüenza” (Pastorini, 1925, p. 102)

6.5 Ejemplos de rasgos clínicos que permitirían trazar situaciones de transferencia

desde que esta niña, sin problema de amor, ni problema familiar, ni social que resolver, pasaba tranquilamente la vida en medio de su familia. No tenía entonces porque simular groseramente la pérdida de visión, para hacerse interesante de forma alguna, o para sacar partido de una situación cualquiera de superchería (Etchepare, 1913, p. 118).

“era inteligente, contraída, aprendía fácilmente y tenía memoria (...) de carácter muy vivo, muy altiva, seria” (Etchepare, 1904/ 1929, p. 529); “era algo menos inteligente que Diamantina. En cambio, mucho más cariñosa (...) De carácter mucho más pacífico” (ibid. 533).

6.6 Textos doctrinales de psiquiatría e higiene, existentes en la Biblioteca de la Facultad de Medicina, Udelar, publicados entre 1800 y 1940 (no incluye publicaciones nacionales realizadas en revistas).

Arthuis (1892) *Traitement électro-statique des maladies nerveuses*. París : Octave

Ball B. (1888) *La folie érotique*. París: J.B. Bailliére et fils.

Benon R. (1922) *Elemets de pathologie mentale, clinique et medicine legale*. París : Octave Doin.

Baillanger M. (1890) *Recherches sur les maladies mentales*. París : G. Masson.

Brissaud E. (1893-1894/1895) *Leçons sur les maladies nerveuses*. París : Masson.

Charcot (1877) *Leçons élémentaire et pratique des maladies mentales*. París: Progrés Medical.

Charcot J. M. (1882) *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso*. Madrid:

Pérez Dubrull.

Charcot J.M (1890) *Hemorragie et ramollissement du cerveau. Métallothérapie et hypnotisme. Electrothérapie.* París : Lecrosnier et Babé

Charcot J.M; Deboue G.M. (1895) *Centres moteurs corticaux.* París.

Charles M. (1895) *Histerismo intelectual.* Buenos Aires: Argos.

Chaslin Ph. (1895) *La confusion mentale primitive.* París: Asselin et Hozeau.

Collineau A. (1889) *L'hygiene a l' école.* Paris: Libraire. J. B. Bailliére et fils.

Consejo Nacional de Higiene (1897-1899/1903) *Memoria del Consejo Nacional de Higiene.* Montevideo.

Consejo Nacional de Higiene (1909) *Recopilación de leyes, decretos y reglamentos, ordenanzas y resoluciones de carácter sanitario.* Montevideo.

Consejo Nacional de Higiene (1918) *Recopilación de leyes, decretos y reglamentos, ordenanzas y resoluciones de carácter sanitario.* Montevideo.

Constans A. (1861) *D' Histéro-démonopathie.* París : Adrieu Delahaye.

Dagonet H. (1876) *Nouveau traité elementaire et pratique des maladies mentales.* París: J.B. Bailliére et fils.

Darin H. (1896) *Rapports de l' alcoolisme.* París: J.B. Bailliére et fils.

De la Tourette G. (1891) *Traité clinique et thérapeutique de l' hystérie.* París: E. Plon, Nourrit et Cie.

De la Tourette G. (1898) *Leçons de clinique therapeutique su les maladies du système nerveux.* París: E. Plon, Nourrit et Cie.

Esquirol E. (1838) *Des maladies mentales.* París: J.B. Bailliére.

Féré Ch. (1892) *La pathologie des emotions.* París: Félix Alcan.

Féré Ch. (1899) *La familia nérvropathie.* París: Félix Alcan.

Fonssagrives J.B. (1885) *Higiene y saneamiento de las poblaciones.* Madrid: Enrique Teodoro.

Grasset (1912) *Idées paramédicales et medicosociales.* París: Plon Nourrit et Cie.

Griesinger W. (1865) *Traité des maladies mentales.* París: Martinet.

Guidelli C.D. (1896) *Nevros nei militari.* Milano: Piccola Biblioteca Medica Italiana.

Hammond A (1888) *Tratado de la locura.* Madrid: Biblioteca Económica de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas.

- Kraepelin E. (1909) *Psychiatrie*. Leipzig: Verlag Von Johaw Ambroiur Barth
- Laurent É. (1895) *Mariges consanguine et dégénérescences*. París: Maloine.
- Legrand du Saulle (1871) *Le délire des persécutions*. París: Henri Plon.
- Legrain M. (1885-1886 /1886) *Du délire chez les dégénérés*. París: Progrés Medical.
- Lombroso C. (1888) *L'uomo di genio*. Torino: Fratelli Bocca.
- Lombroso C. (1905) *La perizia psichiatrico-legale*. Torino: Fratelli Bocca.
- Luys J. (1881) *Traité clinique et pratique des maladies mentales*. París: Adrieu Delahaye et Lecrosnier.
- Luys J. (1893) *Le traitement de la folie*. París: Rueff et Cie.
- Nouvaille J. (1899) *Contribution a l'etudie de l'hystérie sénile*. París: Jouve y Boyer.
- Nystorm A. (1910) *La vie sexuelle*. París: Vigot Frères.
- Oddi R, (1898) *L' inibizione dal punto di vista fisio-patológico, psicológico e sociale*. Piccola Biblioteca Medica Italiana.
- Raymond F. (1897-1898/1900) *Leçons sur les maladies de sisteme nerveux*. París: Octave Doin.
- Regís E. (1895/1905) *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Saturnino Calleja Fernández.
- Ribot T. (1889) *Les maladies de la memoria*. París: Félix Alcan.
- Ribot T. (1889) *Les maladies de la personnalité*. París : Félix Alcan.
- Roubinovitch C. D. (1896) *Dés varétes cliniques de la folie en France et en Alemagne*. París: Octave Doin.

6.7. Publicaciones nacionales sobre psiquiatría, realizadas en la Revista Médica del Uruguay y Revista de Psiquiatría del Uruguay entre 1899 y 1940:

Abreviaturas

Revistas:

R.M.U. Revista Médica del Uruguay.

R.P.U. Revista de Psiquiatría del Uruguay.

Clasificación de las publicaciones:

C. Comunicación.

C.C. Caso clínico.

C.C.P. Caso clínico psiquiátrico.

I.F.M. Informe médico legal.

L. Ley.

P. Proyecto.

R. Recordatorio-Reconocimiento

T.D. Texto doctrinal

1899 Morelli J. B. Un Caso de Astasia-abasia. R.M.U. C.C.P

1899 Morquio L. Parálisis Dolorosa de los niños. R.M.U. T.D- C.C.

1899 De Salterain J. Amaurosis histérica doble. R.M.U. T.D- C.C.P

1899 Scremini P. Un caso de oliguria histérica. R.M.U. C.C.P

1900 Morquio L. Coxalgia histérica. R.M.U. C.C.P

1900 Morquio L. Displegia espasmódica familiar. R.M.U. C.C.P

1901 Giribaldi A.; Castro E. Informe médico-legal presentado en la causa del homicida
A.G. R.M.U. I.M.L

1901 Morquio, L. Un caso de histero-traumatismo en un niño de 8 años-fractura supra-
maleolar doble sin dolor. R.M.U. C.C.P.

1902 No se encontraron publicaciones de psiquiatría en la R.M.U.

1903 Aguerre, A.J. Un caso de tic de brazo de naturaleza histérica. R.M.U. C.C.P.

1903 De León, J. Sobre un segundo caso de histierismo traumático (Phitiatismo). R.M.U
T.D- C.C.P

1903 De León, J. Un Caso de histero-traumatismo: cura maravillosa. C.C.P

1903 Escande, E. A propósito de un caso de amenorrea. R.M.U. C.C

1903 Etchepare, B. Sobre dos casos de demencia precoz. C.C.P

1904 Etchepare, B. Anomalías del sistema nervioso en un alienado; sífilis cerebral.
R.M.U. C.C.-C.C.P

1904 Etchepare, B. La menstruación de las alienadas. R.M.U. T.D.

1904 Etchepare, B. Locura comunicada entre dos hermanas. R.M.U. T.D-C.C.P

1904 Etchepare, B. Parálisis general y remisión. R.M.U. C.C.P

1904 Etchepare, B. Psicosis infantil. R.M.U T.D-C.C.P.

1905 Etchepare, B. Desequilibrio mental; hiperestesia e inversión sexual: safismo,
hermafroditismo psico-sexual; morfínomanía. Mitridatización; histeria. R.M.U.
C.C.P

1905 Etchepare, B. Puerilismo mental. R.M.U. T.D-C.C.P

- 1905 Vidal, Y y Fuentes, A. Afasia y hemiplejia histérica y tos convulsa. T. D- C.C.P
- 1906 No se encontraron publicaciones de psiquiatría en la R.M.U.
- 1907 No se encontraron publicaciones de psiquiatría en la R.M.U.
- 1908 Etchepare, B. Histeria y síntoma de Gasner. R.M.U C.C.P
- 1909 Etchepare, B. Demencias catatónicas y paranoides. R.M.U C.C.P
- 1909 Etchepare, B. Locura familiar; delirio de interpretación “antilógico” comunicado entre siete personas. R.M.U. C.C.P
- 1910 Morquio, L. Pseudo apendicitis histérica. T.D. - C.C. P
- 1910 Payssé, C. Una fuga histérica. R.M.U C.C.P.
- 1910 Rossi, S.C. Un caso de histero-traumatismo, desequilibrio mental y toxicomanía. R.M.U C.C.P
- 1911 No se encontraron publicaciones de psiquiatría en la R.M.U.
- 1912 No se encontraron publicaciones de psiquiatría en la R.M.U.
- 1913 Etchepare, B. Ceguera histérica. R.M.U. C.C.P
- 1914 Rossello, H. J. Sobre un caso dudoso de pietismo. R.M.U. C.C.P.
- 1915 No se encontraron publicaciones de psiquiatría en la R.M.U.
- 1916 Rossi, S.C. Contribución al estudio del psico-análisis. R.M.U. T.D. C.C.P.
- 1920 García Austt, E. Estado mental de A.T. R.M.U. C.C.P.
- 1920 García Austt, E. Estupor catatónico y uremia de origen gripal y comienzo precoz. R.M.U. C.C.P
- 1921 Etchepare, B. Encefalitis letárgica de comienzo confusional paralítico. R.M.U. C.C.P.
- 1923 No se encontraron publicaciones de psiquiatría en la R.M.U.
- 1924 No se encontraron publicaciones de psiquiatría en la R.M.U.
- 1925 Jauregui, A. Secuelas de la encefalitis letárgica en los niños. R.M.U. C.C.P.
- 1925 Pérez Pastorini, V. Un caso de mutismo. R.M.U. C.C.P.
- 1925 Sicco, A. Delirio de influencia. R.M.U. C.C.P
- 1925 Sicco, A. Falso Crup neurósico. R.M.U. C.C.P
- 1925 Sicco, A. Melancolía asmática. R.M.U. C.C.P
- 1925 Sicco, A. y Amargos. Idiotez mixedematosa de Bourneville. R.M.U. CC.-C.C.P.
- 1925 Garmendia, F. y Darder, C. El trabajo en terapéutica mental. T.D.
- 1926 No se encontraron publicaciones de psiquiatría en la R.M.U.

- 1927 No se encontraron publicaciones de psiquiatría en la R.M.U.
- 1928 No se encontraron publicaciones de psiquiatría en la R.M.U.
- 1929 Alutiza Y Darder, V.C. Contribución al estudio de las psicosis simultáneas y comunicadas. R.P.U. C.C.P.
- 1929 Payssé, C. La Constitución paranoica y sus derivaciones. R.P.U. C.C.P.
- 1929 Etchepare, B. Locura comunicada entre dos hermanas. R.P.U. C.C.P.
- 1929 García Austt, E. Debilidad mental- involución senil, incapacidad. R.P.U. C.C.P.
- 1929 Etchepare, B. Sobre la incapacidad relativa en ciertos estados mentales. R.P.U. T.D.
- 1929 Etchepare, B. Moral médica. R.P.U. T.D.
- 1930 Raitzim. Gimansia, deportes y juegos de la terapéutica psiquiátrica R.P.U. T.D.
- 1930 Pérez Pastorini, V. Proteinoterapia en la epilepsia. R.P.U. T. D.- C.C. P.
- 1931 Se suspende la publicación de la R.P.U.
- 1932 Se suspende la publicación de la R.P.U.
- 1933 Se suspende la publicación de la R.P.U.
- 1934 Se suspende la publicación de la R.P.U.
- 1935 Payssé, C. El Psicograma del psicópata. R.P.U T.D.
- 1935 Radecki, W. Psicología de la alucinación. R.P.U T.D.
- 1935 Fascioli, A. y Agorio R. Sobre encefalitis psicósica. R.P.U C.C.P.
- 1935 Sesiones de la Sociedad de Psiquiatría. R.P.U. C.
- 1936 Cáceres, A. Manifestaciones artísticas en asilados del Hospital Vilardebó R.P.U. T.D.
- 1936 Actuaciones del Prof. Rossi. R.P.U. R.
- 1936 Sesión de la Sociedad de Psiquiatría. R.P.U C.
- 1936 Rodríguez, F.J. Sobre un caso probable de enfermedad de Pick. R.P.U. C.C.P
- 1936 Etchepare, B. Rol de la mujer contra el alcoholismo. R.P.U. T.D
- 1936 García Austt, E. y Darder, V. C. Algunos trastornos de la locución en el parkisonismo post-encefálico. R.P.U T. D-C.C. P
- 1936 Ley sobre organización de la asistencia al psicópata. R.P.U. L.
- 1936 Payssé, C. Psicogénesis de un parricidio. R.P.U I.M.L.
- 1936 Sesión de la Sociedad de Psiquiatría. R.P.U. C.
- 1936 Siccó, A. y Cardozo, J. P. Hemorragia meníngea subaracnoidiana en la parálisis general. R.P.U. C.C.P.

- 1936 Sicco, A. y Cáceres, A. Un delirio Místico. R.P.U. C.C.P
- 1936 Cáceres, A. Análisis psicológico de una fuga. R.P.U C.C.P
- 1936 Sesión de la Sociedad de Psiquiatría. R.P.U.
- 1936 Darder, V.C.; Ottieri, A. Sobre dos casos de delirio agudo. R.P.U. C.C.P
- 1936 Sesión de la sociedad de Psiquiatría. R.P.U. C.
- 1936 Sicco, A. Neurosis de angustia por varicocele. R.P.U. T.D.
- 1936 Bozzolo, E. Las Nuevas bases para el estudio de las enfermedades nerviosas. R.P.U T.D.
- 1937 García Austt, E. Nulidad de contrato en un caso de demencia alcohólica a remisiones francas. R.P.U. I.M.L
- 1937 Sicco, A. De las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del pacífico. R.P.U C.
- 1937 Sicco, A. Varicocele y neurosis. R.P.U. T.D.
- 1937 Sesión de la Sociedad de Psiquiatría. R.P.U. C.
- 1937 Sicco, A. Razones por las cuales la Sociedad de Psiquiatría debe proponer la construcción de un hospital urbano. R.P.U. T.D.-C.
- 1937 Darder, V. C. La Personalidad del Dr. Santín C. Rossi. R.P.U. R.
- 1937 García Austt, E. La hipomanía esencial considerada como reacción Psicótica autónoma. R.P.U. T.D- C.C.P
- 1937 Sicco, A. Plan de profilaxis mental. R.P.U T.D
- 1937 Payssé, C. Contribución al estudio de la psicopatología funcional de las aplicaciones del sistema “discriminacionismo afectivo”. R.P.U. T.D
- 1937 Garmendia, F. Importancia de las enfermedades mentales. R.P.U. T.D.
- 1937 Sicco, A. La lucha contra las enfermedades mentales. R.P.U. T.D.
- 1937 Payssé, C. Higiene mental en la infancia. R.P.U. T.D.
- 1937 García Austt, E. Delitos pasionales y delitos delirantes. R.P.U I.M.L.-T.D.
- 1937 González Dandréé, G. Contribución a la higiene mental-Clínica de la conducta. R.P.U. T.D.
- 1937 Darder, V.C. La higiene mental en la edad crítica. R.P.U. T.D.
- 1937 Schiaffino, R. La higiene mental en la escuela. R.P.U. T.D.
- 1937 Sesión de Psiquiatría. R.P.U C.

- 1937 Darder, V.C. Las alteraciones de las personalidades en las enfermedades mentales. R.P.U. T.D.
- 1938 García Austt, E. Concepto de enfermedad mental. R.P.U. T.D.
- 1938 García Austt, E; Agorio, R. Contribución a una forma delirante de racionalismo mórbido. R.P.U. C.C.P
- 1938 Allende Navarro, F. Los fenómenos psico-motores y los estados crepusculares históricos desde el punto de vista de su finalidad psicológica. R.P.U T.D – C.C.P
- 1938 Sesión de la Sociedad de Psiquiatría.
- 1938 Sicco, A. Demencia precoz y tuberculosis. R.P.U. T.D.
- 1938 Radecki, W; Arditti Rocha, R. Contribución a la psicoterapia de la esquizofrenia. R.P.U. T.D.
- 1938 Pinedo, C. Patología general de los alienados. R.P.U. T.D.
- 1938 Sesión de la Sociedad de Psiquiatría. R.P.U. C.
- 1938 García Austt, E; Agorio, R; Fascioli, A. Estados catatónicos reaccionales a estructuras psicopáticas de carácter emocional. T.D- C.C.P
- 1938 Cáceres, A. Examen psicológico de un artista esquizofrénico. R.P.U C.C.P
- 1938 Payssé, C. Contribución al estudio de la psicopatología funcional. R.P.U. T.D
- 1939 Loudet, O. Los índices médico-psicológicos y legales de la peligrosidad. R.P.U. T.D.
- 1939 Darder, V.C; Pfeif Guani, C. El Concepto de esquizofrenia. R.P.U. T.D

6.8 Casos Clínicos

DEL URUGUAY

257

SESIÓN DEL 28 DE ABRIL DE 1899

Preside el doctor Navarro

SUMARIO: *Doctor Fiol de Pereda*—Tuberculosis pulmonar (forma hemorrágica).
Doctor J. B. Morelli—Un caso de Astasia-abasia. Discusión por los doctores Morquio y De León.
Doctor J. H. Oliver—Apendicitis crónica. Apendicectomía à frígore. Curación.—Discusión por los doctores Lamas, Arrizabalaga, Navarro, Mondino.
Doctor A. Isola y A. Viana—Un caso de histero-traumatismo—Discusión por los doctores Isola, Salterain, Demicheri.

Tuberculosis pulmonar (forma hemorrágica)

POR EL DOCTOR A. FIOLE DE PEREDA

La comunicación *in extenso* será publicada oportunamente.

Un caso de Astasia-abasia

POR EL DOCTOR JUAN B. MORELLI

Clara B., oriental, 19 años de edad, soltera, no presenta antecedentes hereditarios dignos de mención. Sus dos hermanas y sus dos hermanos, clientes también míos, no ofrecen ningún fenómeno nervioso.

La paciente no ha sufrido convulsiones en su infancia, es de carácter nervioso y pusilánime. Su inteligencia es perfecta y sus facultades afectivas son normales.

Ha padecido frecuentes neuralgias faciales, causadas por caries de algunos dientes.

En ocasión de uno de estos ataques de neuralgias decidió la madre de la paciente llevarla al consultorio de un dentista. Esta resolución produjo una gran impresión en el ánimo de nuestra enferma, la cual, después de dos días, presentó un « temblor » intenso que le impedía la marcha y hasta la estación de pie.

Examiné la enferma á los pocos días de iniciarse el fenómeno y pude reconocer lo siguiente :

Sentada y acostada, la actitud de la paciente es completamente nor-

mal, como normal se muestra la fuerza muscular de sus extremidades, pero desde el momento que la enferma se pone de pie, se producen una serie de movimientos en las extremidades inferiores que hacen imposible toda progresión, y obligan á la paciente á apoyarse en la pared.

Se trata de movimientos de flexión antero-externa de la articulación coxo-femoral, acompañados de flexión de la rodilla, del pie, y algo de la columna vertebral.

Estos movimientos se presentan durante la marcha sobre la pierna que sostiene al cuerpo, y en la estación erecta alternativamente en una ú otra extremidad. Son acentuados por su extensión, pero dulces en su producción, se dirían oscilaciones rítmicas. Se reproducen 40 á 50 veces por minuto y cesan instantáneamente cuando la enferma se sienta.

Los miembros superiores así como la cara no ofrecen nada de parecido. La enferma puede escribir bien.

Someto la enferma á un tratamiento apropiado, al cual ceden rápidamente los síntomas mórbidos á los veinte días de producirse la enfermedad.

Esto sucedía en el mes de Junio de 1897.

En los primeros días del corriente mes de Abril, nuevo ataque producido también por una emoción. Padeciendo nuestra enferma desde cinco meses de una congestión pulmonar crónica, de origen probablemente gripal, lo anuncié para mi visita siguiente una aplicación de termocauterio. Al día siguiente nueva aparición de la alteración motriz con todos los caracteres arriba mencionados. Habiéndose un día empeñado la enferma en caminar, se produjo su caída al suelo.

En este segundo ataque constata la enferma que esos movimientos que le impiden caminar y estar parada no le dificultan *en nada* los siguientes ejercicios: correr, subir una escalera (muy inclinada) y bailar.

Por mi parte, reconozco que mediante ciertos artificios puedo atenuar notablemente el síndrome: oprimiendo fuertemente los brazos de la enferma y distrayéndola enérgicamente.

Sometida la enferma á la medicación empleada en la vez anterior, no obtengo nada durante dos días. Ante las quejas de la enferma resuelvo intervenir con otros medios. Por medio de presiones en los brazos y excitaciones en la faringe provoca una intensa crisis de lágrimas. Inmediatamente la enferma se siente mejor, y el siguiente día estaba curada. Esta vez había durado el mal seis días.

Como se ve, los caracteres más salientes de esta singular alteración del equilibrio son:

1.º Producción del fenómeno en la posición de pie y en *una sola* de las formas de deambulación, puesto que la enferma corría y bailaba perfectamente, y hasta subía una escalera.



- 2.º Desaparición absoluta y espontánea de los movimientos en el reposo.
 - 3.º Integridad perfecta de cada movimiento muscular, en extensión y fuerza.
 - 4.º Comienzo brusco después de una emoción y curación por el empleo de agentes neurosténicos.
 - 5.º Carácter decididamente accasional del trastorno motor.
- Un solo síntoma ó síndrome responde á estos caracteres: la *Astasia abasia* de Bloch y Charcot.

En este caso, como en la mayoría de los observados hasta ahora, el diagnóstico diferencial es sumamente fácil, y no merece detenernos en lo más mínimo.

Es también fácil hacer entrar á este caso en la forma coreiforme de los autores franceses, puesto que se trata de movimientos extensos que para el público pueden simular á la corea de Sydenham.

¿Ahora de qué especie neuropática es en esta enferma tributaria la *Astasia abasia*?

Los primeros casos observados hicieron creer que el síndrome estuviera siempre ligado al histerismo, pero hoy se ha visto que si bien en la mayoría de los casos es la neurosis en cuestión la que debe ser incriminada, pueden existir otras enfermedades causales, y así ha sido señalada en el bocio exoftálmico, en la neurastemia, y aún después de lesiones cerebrales vulgares.

En nuestro caso especial no existe ninguno de estos últimos factores, mientras que la enferma presenta caracteres indudables de histeria.

Existe, en efecto, una indiscutible aunque ligera hipotesia del lado izquierdo.

La disminución de la sensibilidad se manifiesta en las dos extremidades y en la cara, y para la sensibilidad táctil como para la térmica y al dolor.

Existe también un poco de sordera y una ligera ambliopía del mismo lado.

La anestesia faríngea es bastante marcada. Existe una zona histerógena en el vértex que fué capaz de hacer reaparecer la *astasia* cuando ésta había ya casi desaparecido.

La cara nos presenta una ligera contractura de los músculos faciales también del lado izquierdo.

La enferma presenta la sensación de bola ascendente con sofocación, que aparece, sobre todo, al final de largos accesos de risa ó de llanto que aparecen con bastante frecuencia.

Constantemente, es decir, durante el reposo y en los períodos de actividad están agitados los miembros superiores por un pequeño temblor de sacudidas frecuentes é iguales.

A menudo se presentan sueños terroríficos en los que intervienen gatos, animales por los cuales tiene la enferma una decidida aversión.

Desde años atrás sufre la enferma de claustrofobia de regular intensidad, que no se manifiesta más que en presencia de muchas personas extrañas.

De tiempo en tiempo se presentan vértigos poco intensos durante los cuales no existe más que una ligera obnubilación de la conciencia, acompañada de un estado de ligera ansiedad.

La enferma es, pues, histérica y su Astasia-abasia debe ser legítimamente atribuida á esta neurosis.

El detalle más interesante de este caso me parece ser el de la de los accesos de corta duración.

Doctor Morquio.— El caso que ha relatado el doctor Morelli es sumamente interesante y raro, pues se trata del síndrome descrito por Blocq con el nombre de Astasia-abasia y que Charcot y otros han completado con nuevos hechos. Lo único que desearía obtener del doctor Morelli es algunos detalles que ha omitido en su comunicación, referentes á la patogenia de la Astasia-abasia.

A este respecto, sabido es que los casos conocidos se agrupan en dos grandes categorías: una que comprende los casos que están subordinados á la histeria, y la otra, los casos que se consideran como una manifestación vesánica, de degeneración.

Dos patogenias distintas, interpretan este síndrome. En el primer caso la astasia y abasia es de orden amnésico; y en el segundo caso es por idea fija, por miedo.

El doctor Morelli ha dicho que su caso es histérico, pero que á la vez presenta estigmas de degeneración.

Corresponde entonces preguntarse á qué grupo patogénico debemos referir esa observación. Es un astasia y abasia por olvido de los movimientos voluntarios de la estación y de la marcha, ó el enfermo no caminaba por obsesión, por fobia. Esta distinción es importante por lo que respecta al tratamiento, pues es diferente en uno y otro.

Doctor Morelli.— Yo creo que he dicho que mi comunicación referente á Astasia-abasia era simplemente de carácter histérico.

La enferma no ha presentado durante los ataques ninguno de aquellos estados que caracterizan las fobias. Por otra parte se trata de fenómenos que han desaparecido de una manera más bien sugestiva que curativa. El ligero resto de claustrofobia que presenta la enferma, no sé hasta qué punto puede ser considerado como manifestación de degeneración; me parece que se ha abusado un tanto del empleo de esta palabra, pues porque un sujeto presente uno ó dos estigmas físicos, no es razón suficiente para declararlo degenerado. En este caso

REVISTA DE PSIQUIATRÍA DEL URUGUAY

REVISTA SEMESTRAL

REDACCIÓN: ADMINISTRACIÓN:
 Soc. de Psiquiatría, Hosp. Vilardebó Y1, 1466

Año 1 Noviembre de 1929 Número 6

COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA

COMITÉ DE REDACCIÓN DE LA REVISTA

Presidente: Doctor Camilo Payssé
Vice-Presidente: Doctor Elio García Austi
Secretario: Doctor Ventura C. Darder
Tesorero-Bibliotecario: Doctor Francisco Rodríguez

SUMARIO

- Dr. Bernardo Etchepare — Locura comunicada entre dos hermanas
- Dr. Elio García Austi — Debilidad mental - Involución senil - Incapacidad.
- Dr. I. Más de Ayala — Tratamiento de la Demencia Precoz por la Fiebre Recurrente Española (Treponema Hispanicum)

Locura comunicada entre dos hermanas

Por el Dr. B. ETCHEPARE

Comunicación presentada a la Sociedad de Medicina
en la sesión del 3 de Junio de 1904

Las observaciones de locura comunicadas son poco frecuentes. Desde la locura "a dos" comunicada o simultánea, a la locura familiar, a la psicosis de las multitudes, el estudio de estos estados mentales está todavía mal bosquejado, y no solamente no ha sido aun posible fijar una ley, a pesar de la similitud de las descripciones, sobre la etiología, evolución y pronóstico de estas afecciones, sino que tampoco ha sido posible separar completamente dos estados que parecía fácil distinguir uno de otro, a saber, la locura simultánea y la locura comunicada.

Tarde, citado por Nina Rodríguez en su hermoso estudio sobre la psicosis de las multitudes, dice "que la locura es el aislador del alma". Paralelamente Sighele, indica no hace mucho, en 1897 y refiriéndose al loco lo siguiente: "su nombre mismo, alienado, lo revela bien; permanece extraño a lo que dicen o hacen los otros; se mantiene alejado y separado del mundo".

Pues bien, nada es menos absoluto que lo anteriormente expuesto y las observaciones van aglomerándose que demuestra que si se ha podido asegurarse, lo que no es siempre cierto, que la locura es un mal que se ignora a sí mismo, ha podido también decirse que la locura es un mal que ignora el vecino, a veces, pues que ha llegado a compartirlo.

En otras palabras, se han reconocido la existencia del contagio de la locura o de la locura por contagio, según la denominación preferida de Carrier, alienista de Lyon

Fué ya descrita por primera vez en 1857 por Bailarger que la llama comunicada. Maret citado por Carrier, señala, al pasar, el delirio que llama por partida doble, delirio de persecución que se encuentra en los esposos que han vivido mucho tiempo juntos en las mismas tribulaciones del espíritu.

Hay que llegar a Legrand du Saulle en 1871, para encontrar una descripción más o menos completa de esta afección. Dice este autor en propios términos en su magnífica obra sobre el delirio de las persecuciones: "los perseguidos gozan a veces de un triste y curioso privilegio: pueden convertir a su delirio a las personas más íntimas de su compañía! Es así que se ven las convicciones patológicas de un enfermo representarse en los mismos términos en su mujer, su hijo, su hermano o su hermana". Y agrega más adelante que en todos los casos de delirio comunicado, de los enfermos, uno es más que el eco del otro; el primero es inteligente, el segundo está menos dotado intelectualmente; uno es el perseguido activo, el otro lo será pasivo. Dice más: aíseseles, y el pri-

mero dará un paso hacia la incurabilidad mientras que el segundo se curará resueltamente.

En apoyo de su tesis presenta 18 observaciones de las que, creo, hay dos (observaciones XLIX y LII) que no son de locura comunicada ni simultánea. Con todo, afirma que el contagio es raro y no puede menos que sonreírse ante el asombro manifestado por las gentes al notar que se encuentran médicos, religiosas y enfermeros bastante audaces para cuidar locos, a causa de algunos ejemplos tristes en que probablemente habría una predisposición nativa a la alienación del espíritu.

Seis años más tarde Laségue y Falret, en una memoria que ha permanecido célebre y reproducida por todas partes, describen la locura "a dos" o comunicada. Establecen condiciones especiales para su aparición que pueden condensarse en las siguientes: 1.º inteligencia mayor del sujeto que tiene el delirio, y que lo impone progresivamente al segundo, más débil de espíritu; 2.º necesidad de una vida en común, en toda la acepción de la palabra, con idénticas costumbres, placeres e ideales; y 3.º verosimilitud del delirio que debe basarse sobre hechos ocurridos en el pasado o en temores o esperanzas concebidas respecto del porvenir. Añaden aun que la herencia no es necesaria desde el momento que la comunicación puede efectuarse entre sujetos no parientes. Aceptan, por último, que en muchos casos el sujeto comunicado no sería un alienado propiamente hablando y no necesitaría siquiera la reclusión.

Baillarger no se aleja mucho de estas conclusiones cuando pretende que hay lugar de distinguir los casos de verdadera locura comunicada de los muchos más

frecuentes en que gentes débiles de espíritu y viviendo con un alienado acaban por persuadirse y creer en la realidad de sus alucinaciones o de sus concepciones delirantes.

La aparición de la tesis de Régis en 1880 cambia el aspecto del problema. Este autor divide la locura "a dos" en dos grupos. En el 1.º se trata de locura comunicada, siendo necesario para que ésta se produzca que un individuo goce normalmente sobre otro individuo de una autoridad intelectual incontestable, que estos individuos vivan en contacto prolongado y que el sujeto activo comunique su delirio, que debe tener caracteres verosímiles. Pero estos sujetos son diferentes: uno es loco, social y legalmente, mientras que el otro no lo es.

En el 2.º grupo Mr. Régis coloca los casos en que hay, no comunicación, sino simultaneidad del delirio en ambos sujetos, sin que sea uno activo ni el otro pasivo, siendo para esto necesario que los dos individuos sean hereditarios, que vivan en contacto íntimo y perpetuo, que las influencias ocasionales se ejerciten sobre ellos en el mismo momento y de la misma manera. En este caso la afección es idéntica y la separación no tiene la menor acción curativa.

En 1881 Marandon de Montyel describe tres formas de locura "a dos": 1.º la locura impuesta, es decir, aquel caso en que un loco impone su delirio a un débil mental, a un crédulo, a un cándido, sin que éste sea por eso un alienado; 2.º la locura simultánea de Régis, ya descrita; y 3.º la locura comunicada en que ambos codelirantes son alienados.

Es indudable que la locura impuesta y la comunicada constituyen un distingo sutil y difícil de soste-

ner. El hecho de que en algún caso tratándose de un delirio impuesto, separados ambos sujetos, el pasivo no abandona sus ideas delirantes adquiridas por contagio, del mismo modo que en algún delirio comunicado el sujeto activo puede volver al estado normal.

Arnaud (de Vanves) admite como los autores precedentes las mismas circunstancias para la producción del delirio "a dos", pero aun admitiendo las tres formas clínicas de Mr. Marandon de Montyel, dice que la locura impuesta no se distingue de la comunicada más que por la intensidad de la transmisión y del punto de vista clínico por la persistencia de la enfermedad en el sujeto pasivo en esta última forma, después de la separación de los codelirantes. Pero reúne estas dos variedades bajo el punto de vista psicológico.

Algunos autores alemanes y americanos han tratado de crear una forma nueva de locura por contagio, la locura inducida o transformada, es decir, la transmisión de ideas delirantes de un alienado a otro alienado.

Indudablemente esta forma puede existir, desde que hay casos ya descritos por Marandon en Francia, Krensan en América, Savage en Inglaterra, Lehman en Alemania y Nina Rodríguez en el Brasil. Pero el hecho debe ser muy raro. Sin pretender como Sighele que basta visitar un asilo para convencerse que todos los alienados viven completamente ajenos unos a otros, debo asegurar sin embargo, que en los 50 y tantos enfermos que componen mi servicio del Manicomio no existe un solo caso así. Hay algunos imitadores de actitudes, de gestos, etc., pero imitadores de delirio ninguno. Creo, pues, y con derecho,

que esta forma es rara. Creo también con Marandon, que en todo caso, esta forma no podría ser más que una modalidad de locura comunicada y no tiene caracteres suficientes para constituir una nueva variedad.

Nina Rodríguez, el distinguido profesor de medicina legal de Bahía, a propósito de la famosa cuestión de Conselheiro y su secta religiosa de Canudos, llega a asociar las parejas, estableciendo el acuerdo mental, en la forma siguiente: 1.º entre dos individuos sanos y normales; es la *coppia sana* de Sighele; 2.º entre individuos sanos pero anormales, es la pareja criminal; 3.º entre un alienado con todas las apariencias de la salud y un individuo sano, pero de inteligencia limitada que no es más que un simple convencido; 4.º entre un alienado y un individuo sano pero pre-dispuesto y que se vuelve alienado, y 5.º entre dos alienados. El inteligente comentarista de Conselheiro, a pesar de esta clasificación, sobre todo médico-legal, reconoce que en la locura impuesta a un sujeto débil de inteligencia, no debe reconocerse a éste como un sujeto normal.

Es muy curioso lo que sucede a este respecto con la mayoría de los autores que han estudiado estos casos de locura comunicada, pues no establecen irresponsabilidad en los sujetos comunicados, como si éstos no fueran alienados. Ha sido preciso la voz autorizada de Marandon para colocar las cosas en su lugar y proteger a estos enfermos con las circunstancias atenuantes por lo menos. Es también la opinión de Nina Rodríguez y me parece difícil que se pueda pensar de otro modo.

Supongamos, dicen Guizard y Clérambault, que quitamos el agente provocador, y el delirio en el sujeto comunicado persiste, ¿puede decirse acaso que ese delirio no es un delirio por el hecho de haber sido comunicado?

No puede desconocerse, como lo quieren estos autores, que el verdadero criterio está en la evolución del delirio y en la constitución neuropática, en la predisposición hereditaria o adquirida del sujeto pasivo.

¿Pero la locura simultánea es en realidad bien simultánea? ¿En el orden cronológico no hay una diferencia, así como en los sujetos no hay la menor divergencia? Nótese que la reunión de todas las condiciones necesarias de esta locura, proclamadas por Régis, es bastante difícil, y que sólo podrán constatare, según pienso, en raras ocasiones.

En la magnífica observación que los señores Guizard y Clérambault presentan como de locura simultánea, de 3 hermanas, no veo bien descrito, bien investigado el debut de la afección. Además, no hay una que dirige el delirio de una manera evidente, es más que una dirección, es casi una imposición. El estudio que he hecho de esa observación larga y brillante, me induce a creer, dado el hecho de no estar bien establecido el debut, que el delirio es obra de una de las hermanas que ha podido comunicarlo fácilmente a sus otras hermanas, por la circunstancia de quedar las 3 sin otra familia y juntas, después de la muerte de la madre.

Los autores confiesan, sin apercibirse de ello, que la distinción entre locura simultánea y comunicada es difícil, cuando exclaman al final de su artículo: "Podemos, pues, concluir que la división en locura

comunicada y simultánea es legítima y responde a la realidad de los hechos. Útil para la clasificación nosográfica, presenta además esta ventaja no despreciable en psiquiatría, de una terminología precisa. Si no se ajusta siempre a la diversidad de la clínica, es que aquí como en todo, hay casos intermedios". A la verdad que es raro que tratándose de formas mentales de etiología, evolución y pronóstico tan distintos, estos autores hayan creído natural para explicar la insuficiencia de la clasificación, la aceptación de casos intermedios. La misma aceptación de esos intermedios demuestra que el límite entre la locura comunicada y la simultánea es imposible.

Hay, sin embargo, un caso que podría realizar la locura simultánea de Régis, puesto que sus condiciones previas llegan a existir. Me refiero a la locura gemelar. Si se lee el brillante estudio de Soukanoff, privat-docent de la clínica de Moscú, sobre la locura gemelar, se llegará fácilmente a aceptar con él que aunque raramente, se ha observado coincidencia de debut y de psicosis en ambos mellizos. Pero también se llegará a constatar que por lo general tanto en las psicosis agudas como en las crónicas, uno de los gemelos se enfermaba antes que el otro. En el primer caso los enfermos vivían juntos, en el segundo vivían ya juntos, ya separados. La observación de Wilcox es demostrativa. El caso de Lundborg, dada su brevedad no puedo discutirlo. Pero en todas maneras no debe olvidarse que en el estudio abundante de Soukanoff hay observaciones de mellizos que aun viviendo juntos y sufriendo las mismas influencias, uno de ellos enfermaba antes que el otro y con una afección diferente. Creo, pues, por todo esto que

la locura simultánea no siempre se presenta en las circunstancias dictadas por Régis, y por consiguiente está muy lejos de ser frecuente.

Carrier, por último, llega al convencimiento de que conviene mejor comprender las locuras a dos en una denominación general, la de locuras por contagio o sugestión mórbida, estableciendo para que ésta sea posible, la presencia necesaria de tres factores: la imitación, la persuasión y la acción intermental en el sentido de Tarde, es decir, condiciones físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales en común.

Por mi parte, y sacando atrevimiento de la experiencia de más de dos años de vida casi íntima entre una masa enorme de alienadas, sujetos que son más que los hombres accesibles a la locura a dos, creo que la locura impuesta no puede ser más que una forma de la comunicada, que ésta es la más frecuente y que la simultánea sólo puede existir en condiciones que muy difícilmente pueden realizarse, como sucede en algunos casos de locura gemelar.

Documentando mi opinión, presento una observación de locura comunicada, entre dos hermanas que han vivido siempre juntas, sufriendo las mismas penalidades, teniendo las mismas condiciones de vida y que me parece demostrativa de lo que he dicho.

He aquí su historia:

Diamantina y Adelaida G., uruguayas, de 18 y 14 años respectivamente, solteras, ingresan juntas al Manicomio el 2 de Diciembre del año próximo pasado. Su padre me suministra los siguientes datos hereditarios:

Padre 58 años, normal, sin intoxicaciones. Abuelos y tíos paternos sanos. Madre fallecida de tuberculosis

pulmonar, no era histérica y su carácter igual, pacífico. Abuelos maternos normales, una tía materna histérica. Una hermana muerta de neumonía, otra de erup y la tercera se suicidó ahogándose en Buenos Aires. Esta última hermana se escapó hace 4 años de la casa del padre, llevándose el dinero de este. Era de carácter raro, extravagante, sombrío, no se llevaba bien con su padre, no era nada afectuosa y sin motivo se escapó robando al padre, no pudiendo averiguarse que clase de vida hizo en Buenos Aires, y al poco tiempo se suicidó.

Diamantina, la mayor de las enfermas, tiene los siguientes antecedentes que le son pertinentes.

El embarazo y parto de su madre, normales. Nacimiento a término. Primera dentición sin novedad. No hubo enfermedades de la infancia. Estuvo 7 años en la escuela, era inteligente y contraída, aprendía fácilmente y tenía memoria. Era trabajadora en su casa. Sin obsesiones inhibitorias ni impulsivas; de carácter muy vivo, muy altiva, seria, excesivamente seria acaso, nada cariñosa con sus padres, pero obediente. Menstruación hacia los 13 años, que se estableció sin disturbios mentales, pero que continuó un poco irregular, pasando algunos meses sin menstruar, sin que esto afectara su estado mental y sin sufrir.

Hace 4 años, con motivo del suicidio de la hermana, como ella había tenido participación en su huida a Buenos Aires, se puso triste sólo algunos días. Respecto de su pureza, el padre nos asegura que es como su hermana de la mayor corrección.

Desde hace 8 meses se le ha notado (sin causa aparente) un cambio en el carácter. Ella, que era muy retraída se puso muy seria, hablando poco, alimen-

tándose mal pero durmiendo bien, siendo menos afectuosa que nunca con su padre. Este observó con inquietud que discutía muy frecuentemente con su hermana, pretendiendo ordenarle siempre, imponiéndole su voluntad en todo. Abandonó su tarea, se hizo descuidada, habiendo sido activa y hacía mal la comida muchas veces. Antes no quería salir, pero entonces se encerró más. No ha manifestado en ese primer período ideas de grandeza, ni de erotismo, ni de coquetería, ni de misticismo. Antes al contrario y como lo hemos verificado en el Manicomio, hacía gala de su falta de religión. Pero ya entonces adoptó respecto de su padre una actitud francamente hostil.

Desde hace dos meses el padre se apercebía de que las discusiones entre las dos hermanas cesaban, eran menos frecuentes y que se establecía entre ellas una rara intimidad, puesto que hacían todo juntas, siendo inseparables, observando las mismas actitudes, descuidando sus quehaceres y no habiendo nunca entre ellas las diferencias que había antes. Por ese tiempo tuvo Diamantina un día de agitación motriz, iba sin cesar de un lado para otro en la casa, sin detenerse un momento, sin querer explicar su conducta, hasta que por fin manifestó a su padre que se iba a pegar un tiro con un revólver. Se calmó un poco después, permaneciendo algo seria y triste. El 1.º del corriente (diciembre) escribió una carta al señor Madalena, Oficial Mayor del Ministerio de Hacienda, en que le decía que él era su salvación, narrándole sueños que había tenido en los que había visto a la hermana que estaba en el fondo del mar, rodeada de diamantes, que la llamaba, etc., y otra carta fué escrita el día 3 para el doctor Tiscornia, en la que pedía la llevara

a ver al Presidente de la República porque le habían hecho un daño y su finada madre le ordenaba que para su salvación, fuera a pisar la alfombra de la casa de Gobierno. Acentuó más las ideas de persecución respecto de su padre, puesto que no tomaba los remedios que este le presentaba de orden médica, sin hacérselos probar a él primero.

Según el padre no ha tenido ataques de nervios.

En tal estado fué remitida a mi servicio.

Entrada a la sala de observaciones el 3 de diciembre a las 11 p. m.; llegó completamente tranquila y hablando con entera lucidez, sin manifestar, según la religiosa, desorden en sus ideas. La noche fué tranquila, durmió hasta la madrugada. El día siguiente fué bueno. La enferma permaneció tranquila, pero sin hablar, no habiendo podido obtener de ella sino alguna rara respuesta formulada de mal modo, como enojada. Se ha opuesto al examen.

Diciembre 5. — Anoche durmió bien; se ha alimentado escasamente estos dos días. No ha movido el vientre.

Ha entrado al mismo tiempo que su hermana Adelaida, y se nota la particularidad curiosa de que no hace nada sin conferenciar en voz baja con su hermana que está en la cama próxima; así, por ej., ayer tomaron ambas un calomel y en el momento de la defecación, Diamantina habló primero con Adelaida en voz baja; el resultado de esta conferencia fué que se bajó de su cama, se instaló en la vasija, y una vez que hubo terminado, ordenó a la otra que bajara a su vez, lo que fué ejecutado por la vecina con toda fidelidad.

Del mismo modo, cuando se les trae la leche desean tomarla en la misma taza; muy desconfiada comienza Diamantina y después de tomar unos sorbos se la pasa a la otra con mucha solicitud; ésta a su vez bebe otros sorbos y restituye la taza a Diamantina para recomenzar. En otros momentos, trayéndoseles otra clase de alimentación, Diamantina rehusa un plato sin consultar a su hermana y ésta inmediatamente rehusa el mismo alimento.

En estas manifestaciones podemos notar que la voluntad de las dos hermanas se ha concertado en Diamantina, aunque como se ha visto hay consultas que no podemos oír, pero indudablemente es Diamantina quien dirige la reacción común; es así que en otros casos se opone a que su hermana ejerza acto de voluntad, puesto que ayer Adelaida habiéndose levantado para orinar, Diamantina le ordenó en el acto que no urinara, siendo obedecida sin dilación.

En el momento en que pretendemos examinarla encontramos la misma oposición que ayer. Interpelada, no hay medio de conseguir respuesta sin que la enferma parezca confusa, ni desorientada ni triste. Sin embargo, cuando se le pide, saca la lengua y me mira cuando se lo ordeno. Se sienta a mi indicación pero no quiere hablar. Durante el examen está casi siempre sonriente y solamente en algún momento protesta con el gesto y movimientos enérgicos de cabeza, escuchando la observación que voy dictando al practicante.

Hacemos alejar la hermana para hacer el examen físico de Diamantina, que nos da lo que sigue: Cráneo dolicocefalo, índice 80.55. eminencias bien desarrolladas, escama del occipital prominente. Cara regular,

simétrica; orejas pequeñas normales, la izquierda con un ángulo céfalo-auricular algo exagerado. Pupilas iguales, reaccionando bien a la luz y acomodación. Dentadura perfecta, paladar normal; reflejo faríngeo conservado.

No hay absolutamente ninguna placa hiperestésica ni cutánea ni visceral (la enferma responde con movimientos de cabeza negativos y sin hacer gestos de dolor). Sensibilidad al dolor conservada. Reflejos cutáneos y tendinosos normales. Corazón, hígado, pulmones, bien.

Orines normales. T. 36°8. P. 90. R. 17.

Adelaida, la menor, presenta a su vez la siguiente historia: Nacimiento normal, a término: dentición buena, bronquitis a los 8 años. Con 5 ó 6 años de escuela, era ciertamente algo menos inteligente que Diamantina. En cambio mucho más cariñosa, ha sido siempre muy afectuosa con su padre. De carácter más pacífico que la otra, sin fobias ni impulsiones. No se puede precisar nada respecto a menstruación. Ni ésta ni su hermana, según el padre, han tenido deslices de ningún género.

Hasta hace dos meses no se le notó ninguna particularidad. Sus relaciones con su hermana Diamantina eran las de toda hermana. Después de esta fecha cambió su modo de ser. Además de su afición excesiva y obediencia para con su hermana, perdió completamente su afección por su padre; cuando éste volvía a su casa se mostraba enojada y esquiva, grosera, y acompañó exactamente todas las manifestaciones de su hermana, reproduciéndolas con toda fidelidad. No ha tenido paroxismos convulsivos histéricos.

Entrada con su hermana el 3 a esta casa, llegó algo agitada, gritaba, lloraba, pero durmió bien esa noche. El día siguiente lo pasó tranquila, un poco triste, silenciosa, no dirigiendo la palabra a nadie. Se ha alimentado poco. El día 5, en el momento en que examinamos a Diamantina la alejamos para facilidad de examen, y entonces prorrumpe en lágrimas y quejidos y dice: "Manta, venime a buscar, estoy toda podrida por dentro; yo quiero estar junta con ella, quiero morir junto con mi hermana". Se resiste a salir. "Dios mía, llévame pronto", agrega. Entretanto Diamantina, impasible, se sonreía, mientras que Adelaida le dirige miradas desesperadas y se aleja llorando.

Los caracteres de la afección de Adelaida son los mismos que hemos visto en la otra. Pero esta enferma imita a la hermana; cuando quiere hacer algo consulta a Diamantina; así, por ej., si desea orinar, le pregunta si puede hacerlo. Le pregunto a que se debe esa obediencia y responde: "yo no le pregunto más". ¿Y por que le preguntaba antes?, le decimos, y por toda respuesta llora. Le pregunto si Diamantina tiene algún poder sobre ella o si la obedece por cariño, y no nos contesta. La amenazo con separarla de ella y llevarla a otra sala, y tampoco me responde. Después de varias interpelaciones infructuosas sobre su nombre, edad, fecha de nacimiento, me responde de muy mala manera que tiene 14 años y que se llama Adela. ¿Adela o Adelaida? Es lo mismo, responde. Le preguntamos si desea ir a ver al padre, si lo quiere mucho, y hace una mueca de desdén, pero nada responde.

Para Reemplazar el YODO y los YODUROS

EN TODAS SUS APLICACIONES TERAPEUTICAS,
EVITANDO EL YODURISMO Y EL YODISMO

PEPTONA YODADA GALIEN

Yodo en combinación orgánica
asimilable

Artritis, obesidad, reumatismo, arterioesclerosis, fibromas, enfermedades del corazón y de los vasos, asma, enfisema, bocio, linfatismo, escrófula, afecciones glandulares, raquitismo.



ESTABLECIMIENTOS GALIEN

LABORATORIOS Y FABRICAS DE PRODUCTOS QUIMICOS Y FARMACEUTICOS
PROFS: BOCAGE, BUJALANCE Y CAPRA - FARMACÉUTICOS

MONTEVIDEO

Su examen físico es laborioso, pues no se deja fácilmente explorar. Cráneo normal, 77.17. Prominencia de la escama del occipital. Oreas iguales, con lóbulo sesil, cara regular, entrecejo fruncido. Apenas consigo ver su lengua que está bien y con dificultad sus pupilas iguales y que reaccionan bien. Reflejo óculo-palpebral conservado. Amenazándola con el abreboca consigo ver su paladar que es normal. Reflejo faríngeo conservado. En el momento de introducir la cuchara vuelve los ojos de una manera suplicante hacia su hermana y llora un buen rato con los ojos fijos en ella.

La sensibilidad parece conservada, no es posible examinarla bien.

Corazón, hígado, pulmones, bien.

T. 37°2. P. 100. R. 18.

Diciembre 5. — Tiene la menstruación, abundante. Me hace observar la religiosa que es posible que sea la primera vez que la tenga por cuanto se asustó mucho y pretendía que se le había dado veneno para reventarla en sangre. La enferma, empero, nos dice que ya la tuvo una vez pero no sabe cuando.

Diciembre 11. — Mal humor de Diamantina. Dice que quiere irse al otro mundo porque está aburrida de la vida. Responde difícilmente, quiere ocultar su cara entre las manos y se enoja con la enfermera que la sujeta. Ha manifestado también que tiene horror de los hombres, que no se casaría jamás. No quiere dar informes sobre su cariño hacia su padre y sobre su actuación en la huida de su hermana suicida.

Ceguera histérica

POR EL DOCTOR BERNARDO ETCHEPARE

Profesor de Clínica Psiquiátrica en la Facultad de Medicina

X. X., 19 años, uruguaya, soltera, labores, presenta la siguiente historia:

Antecedentes hereditarios.—Padre vivo, 57 años, niega el alcoholismo y no presenta síntomas físicos de intoxicación, pero tiene pesadillas terroríficas. Madre viva, igual edad que el padre, no nerviosa. Ocho hermanos vivos, de los que, el tercero, tiene ataques probablemente histéricos; no he podido dar con esta persona, no he conseguido que venga á mi consultorio, pero por los datos suministrados, tiene paroxismos convulsivos, agitaciones mentales ó crisis histéricas muy frecuentes. Una hermana mayor, de 24 años de edad, casada, residente en Buenos Aires, histérica, con ataques, que ha asistido mi colega el doctor Payssé. Abuelos y tíos nada de particular.

Antecedentes personales.— Infancia sin gran novedad. Dentición buena. Varioloide á los 9 años. En la niñez hasta hace poco, su carácter ha sido generalmente dulce. Es muy emotiva, se asusta con facilidad. De noche, por ejemplo, no se queda sola y si no se la acompaña se desespera, gritando en cuanto siente algún ruido. Miedo excesivo de los ratones. No hay otras fobias; sin embargo, cuando viaja en el tranvía, tiene que bajarse al poco trecho porque experimenta síntomas de mareo, se ahoga, le falta el aire, etc., no teniendo más remedio que bajarse. Tan es esto así, que habiéndole yo pedido con ocasión del episodio que motiva esta observación, que fuera al Consultorio de un oculista (vive en los suburbios de nuestra población), no conseguí resultado alguno, porque cuando subió al tranvía, se mareó de tal modo, con vómitos, que no hubo forma de proseguir viaje. Esta sensación de mareo, en que cree que todo se mueve y que se va á desmayar, termina con grandes crisis sudorales.

Muy inteligente y estudiosa; en la escuela era muy contraída. He podido constatar su inteligencia en largas conversaciones que con ella he sostenido, con motivo de su enfermedad, y usando del procedimiento de Freud. Estuvo á punto de estudiar para maestra.

Muy cariñosa; muy activa en el menaje.

Pubertad á los 15 años, sin novedad. Menstruación buena y regular. Dice que ésta siempre le dura 5 días, excepto la última, que fué el 1.º de agosto próximo pasado, en la cual se inició su estado mental actual, menstruación que duró sólo 3 días.

Tenía pesadillas terroríficas.

Leía exageradamente, con ansia, de todo lo romántico, muy amiga de novelas, como las de Carolina Invernizzio y otras de ese calibre. Soñaba luego con lo que leía.

Nunca ha visto ciegos; sin embargo, en mis largos interrogatorios pude saber lo que más adelante consigno.

El 1.º de agosto, domingo, en la mañana, estando sola en la cocina, sintió ruido. Estaba con la menstruación. En ese momento tuvo un gran pánico. Ese mismo día se sintió sin apetito; no cree haber tenido fiebre. La tarde fué buena, salvo un poco de dolor de cabeza, frontal, que sobrevino. Decidió tomar un purgante esa misma noche. Durante ésta se levantó para ir al W. C., y como estaba sin luz, se dió un golpe en la cabeza contra una mesa contigua. Aunque el padre asegura que le pareció que el golpe fué muy grande, por el ruido, no obstante, no hubo pérdida de conocimiento. Este golpe aumentó su cefalalgia, que se hizo general y duró toda la noche. Decía en este momento que le parecía que tenía el brazo dislocado, pero esto del brazo dislocado pasó en seguida.

El día siguiente, 2 de agosto, lo pasó triste y caído, siempre con dolor de cabeza. De noche soñó. Conversaba en voz alta, nos dice la hermana que duerme en el mismo cuarto, conversaba con personas conocidas, con las amigas de la infancia. Decía que iba á ponerse trajes lindos y que se iba á lucir.

El martes 3, en la mañana, de repente se sintió ciega; quedó ciega bruscamente, manifestando, pero sin gran sobresalto, que no veía nada.

El miércoles 4, igual estado. Dolor de cabeza siempre. La noche la pasó soñando y hablando. Sigue sin visión.

El jueves, igual situación. Dice que no ve absolutamente nada; sin embargo, se la observa y se nota, en ese y otros días, que su actitud es fija: está todo el día con los ojos abiertos, dirigidos hacia la pared frente del aposento y oblicuamente hacia el ángulo izquierdo. Preguntada en ese momento qué miraba, decía que veía el retrato de ella misma. Justamente, no hay en la casa ningún retrato de la enferma y en el sitio señalado no hay absolutamente nada. Agregaba, además, que estaba en traje blanco, cuyo traje le fué regalado por sus padrinos.

Hacia las 10 de la noche, tuvo, dice la hermana, como una convulsión. Pero nótese que se trató simplemente de una crisis de agitación mental; pues en lugar de sacudidas tónicas ó clónicas evidentes de convulsiones, sólo presentó grandes y frecuentes movimientos irregulares de los brazos, diciendo que estaba desesperada, porque no veía nada, y al rato, se calmó, cesaron los movimientos y se durmió.

Persistiendo el dolor de cabeza y la situación permaneciendo la misma, el médico asistente celebra una consulta con un colega. En ella se opina que podría tratarse de una meningitis y se decide colocarle hielo en la cabeza. En ningún momento ha habido fiebre.

Este estado persiste, con los mismos caracteres, hasta el lunes siguiente, 8 de agosto, en que repentinamente la enferma recobra la vista. De manera que pasó 7 días sin ver nada, según ella, y bruscamente recobra la visión.

En este momento, el doctor C., su médico habitual, que había tenido que ausentarse, se hace cargo nuevamente de la asistencia. Examina la enferma y no encuentra nada de anormal, salvo un poco de dolor de cabeza.

Pasa la semana sin novedad, cuando bruscamente, siete días después, el lunes 15, la joven pierde de nuevo la visión, quejándose de dolores de cabeza.

Llamado el oculista doctor Viana, se efectúa un examen de ojos. Según manifestación personal de este distinguido colega, se constató francamente, la visión psíquica de un objeto en donde nada existía, un retrato imaginario en sitio donde nada había y estaba completamente oscuro. Los reflejos fueron normales, á la luz, sobre todo; la comprobación no era fácil, pero quizá fueran un poco perezosos. La pupila ligeramente dilatada, y lo que le llamó la atención fué un dilatación venosa bien marcada.

Dudando el colega de que su primer examen hubiera sido hecho quizá un poco rápidamente, volvió á repetirlo días más tarde. Y el resultado fué el mismo, dejando una esquelita consignando ese resultado.

La actitud de la enferma era la misma, sin ver otra cosa que la alucinación de su retrato y siempre en el mismo sitio. Siempre tranquila, sin desesperación, sin preocupación.

El día sábado 20, el doctor C. me pide en consulta sospechando un estado nervioso ó mental. Y la veo en ese día.

En el momento en que la veo, el aspecto de la enferma es tranquilo, casi indiferente. Contesta tranquilamente sin emoción visible. En este momento no acusa dolor de cabeza. Me parece que me sigue un poco con la vista cuando doy la vuelta de su cama, aunque como la interpelo ha oído mi voz en diferentes direcciones.

Ojos abiertos; conjuntivas normalmente coloreadas, pupilas iguales,

reaccionando perfectamente á la luz. Me confirma que no ve, aunque interpeándola varias veces, pidiéndole que se fije bien, confiesa ver un poco la luz, la claridad y alguna vez, vagamente, la forma de los objetos.

No obtengo que cierre los párpados en movimiento de defensa.

Exploro la sensibilidad de toda la conjuntiva y encuentro anestesia total; mientras no llego á la córnea permanece impasible, pero invadiendo esta última, parece existir sensibilidad, pues cierra los ojos. A la derecha, en el fondo de saco inferior, hay también sensibilidad. Lagrimeo de ambos ojos, abundante, cuando exploro la sensibilidad conjuntival.

Hipoestesia de la mejilla derecha; sensibilidad normal en el resto del cuerpo. Reflejo faríngeo abolido.

Reflejos patelares normales. No hay fenómeno de los dedos de Babinski y la motricidad parece intacta.

Noto que tiene satisfacción en ser examinada y en decir lo que le pasa. Pero, como manifiesto á mi colega, en presencia de ella, que convendría hacer una punción lumbar el lunes, se asusta fácilmente, porque pregunta qué se le va á hacer, si se le va á operar.

Tranquilizo á la enferma respecto de la importancia de la intervención, y me retiro.

El lunes siguiente me fué imposible ir á verla.

El miércoles 24 vuelvo á visitarla. Me encuentro que desde el lunes ha recuperado completamente ya la visión. Ya el domingo parecía ver algo, aunque confusamente. A este respecto, la familia me observa que algunas veces, cuando ella decía que no veía nada, parecía seguir á las personas con la mirada.

La examino y encuentro que su visión es buena. Estado más ó menos igual de su sensibilidad, motricidad y reflejos.

No recuerda lo que le ha pasado en la semana pasada, ni cuántos días ha estado enferma, ni el episodio convulsivo ni, sobre todo, su alucinación que ignora en absoluto. Sólo sabe que ha estado ciega.

Hay, pues, aquí, una amnesia extendida á todo el período (lo mismo ha sucedido con el período anterior de ceguera). Y no obstante, me llama la atención que me diga ese mismo día miércoles, es decir, 4 días después del sábado en que estuve hablando de la punción lumbar, que se encuentra preocupada porque le van á hacer una operación y que esa operación, dice, le causa temor. La tranquilizo, asegurándole que tengo la convicción de que ya está curada de la vista, que no volverá á quedar ciega, que su mal ha pasado definitivamente, y que sólo necesita algún reposo y un tratamiento que le indicaré.

Desde ese momento ha seguido bien durante unos veinte días; pero apareciendo en estado de cansancio ó astenia que la ha obligado á

permanecer en cama ó en un sillón. Para ir á la mesa era necesario darle el brazo porque decía que le faltan las piernas, y una vez, al pretender levantarse sola, no lo consiguió, pues cayó inmediatamente en un sillón.

En pocos días, sin embargo, recuperó el ejercicio de sus miembros inferiores, porque no encontrando absolutamente nada de particular en esta flojedad, como así la llamaba la enferma, no me fué difícil persuadirla que podía caminar con toda confianza, y así fué.

El 25 de agosto menstruación sin novedad.

Septiembre 12.—El 1.º de este mes, día domingo, tuvo visitas de tarde y en la noche comió bien, pero después de comer sintió un fuerte dolor de cabeza y se acostó. La hermana notó que de 8 á 10 de la noche se puso á hablar, con los ojos cerrados, á hacer gestos con los dedos como si contara, sin que se le pudiera comprender nada, puesto que hablaba entre dientes; de repente se puso á reír. Si se le hablaba, no hacía caso y seguía su conversación. Por fin, á las 10 se durmió y la noche fué completamente buena.

El lunes tuvo un poco de dolor de cabeza, palpitaciones, dolor precordial durante la mañana y luego todo desapareció.

La examino este día y le encuentro anestesia en la conjuntiva, en ambos ojos, invadiendo la parte periférica de la córnea. Lagrimeo, sobre todo á la izquierda. Hipoestesia de la mejilla derecha. Reflejos: pupilar, bien; faríngeo, muy disminuído; patelar, normal.

Durante mes y medio, más ó menos, hice venir á la enferma á mi sanatorio tres veces por semana, á tomar un baño de electricidad estática. De esa manera pude seguir el tratamiento moral, la psicoterapia, dejándola al fin reconfortada, no habiendo presentado nada de especial hasta la fecha.

Pero en este período, por medio de la conversación, pude hacerle recordar que en un cinematógrafo había visto una escena, que había olvidado completamente; esa escena representaba un niña que en un accidente había perdido la vista, habiéndola recobrado gracias á un oculista. Esta representación databa de un mes, más ó menos, antes de su enfermedad.

Tal es la observación. Mientras iba investigando la psicogenia de esta enfermedad, mi primer ansiedad fué, aún en presencia de una histérica indudable, ó mejor dicho, por eso mismo, buscar una afección real, orgánica de la visión.

Mi conducta perezéame prudente, desde que por el ambiente científico de actualidad, más ó menos aceptado, debía pensar en la existencia posible de una histeria negativa, á base de simulación. Es por

eso que habiéndome encontrado poco después con los especialistas doctores Viana y Méndez, les expuse el caso, que uno de ellos conocía, como se ha visto, para ver si creían que del examen de ojos practicado podía afirmarse seriamente una lesión orgánica. Estos colegas me expresaron que no había elementos para tal afirmación.

Por otra parte, aún cuando no se había efectuado examen de líquido céfalo-raquídeo, del examen clínico se desprendía que no había habido fenómenos meníngeos.

Tranquilo por este lado, no tardé en tranquilizarme también respecto de una simulación interesada de parte de la enferma. Esta me pareció improcedente, desde que esta niña, sin problemas de amor, ni problema familiar, ni social que resolver, pasaba tranquilamente su vida en medio de su familia. No tenía entonces por qué simular groseramente la pérdida de la visión, para hacerse interesante en forma alguna, ó para sacar partido de una situación cualquiera de superchería.

Existía, pues, un cuadro puramente mental. Y en efecto: la observación que precede, nos muestra una persona nerviosa, emotiva, que bruscamente, en medio de la predisposición ocasional de la menstruación, pierde bruscamente la visión, y esto sucede con una tranquilidad que asombra; salvo un momento de desesperación que ha sido una verdadera crisis de agitación mental, la enferma está impasible, con una tranquilidad que revela á las claras la falta de conciencia completa de su situación.

Pero hay más, esta ciega que no debía ver absolutamente nada, algo ve. No sólo sigue un poco á las personas con la vista y confiesa por momentos, cuando se la interpela repetidas veces, lo que quizás ya es una sugestión, que ve la luz, la claridad, ó en cierto modo, la forma de los objetos. No para en esto la singularidad de la situación, porque en ambos episodios de ceguera; ve siempre una misma alucinación, en el mismo sitio, donde en realidad no hay absolutamente nada.

Ambos episodios empiezan y terminan bruscamente. Y sobre ambos se extiende un velo de amnesia bien constatada. Respecto de la interpretación de este cuadro mental, creo que nos hallamos en presencia de la histeria, de uno de esos casos descritos por Janel, como idea fija de forma sonambúlica. He aquí, en efecto, el mismo proceso, con el mismo carácter amnésico, con una amnesia sensorial que recuerda en sus singularidades lo que sucede en toda anestesia histérica, donde no habiendo, como dice Bernheim, sino sugestión negativa ó, en otros términos, amnesia de la percepción, no es difícil despertar alguna sensación en medio de esa anestesia, como se le ve espontáneamente demostrar que tiene percepciones pero que no recuerda, ó mejor dicho, de las que no tiene ni ha tenido conciencia completa.

La evolución de esta amaurosis confirma ese diagnóstico. En el debut de la afección, en el primer acceso encontramos un elemento emotivo, para mí muy importante siempre, quizá con un elemento sugestivo datando de un mes atrás, puesto que dice que ha visto un caso de ceguera en un cinematógrafo. Este primer acceso termina bruscamente. El segundo, probablemente, por autosugestión, se produce con los mismos caracteres, terminando definitivamente la anestesia sensorial y la idea fija sonambúlica, con el temor de un punción lumbar, y definitivamente el episodio por el tratamiento moral, la psicoterapia, efectuado durante dos meses.

Contribución al estudio del Psico-análisis

Ataques histéricos de una amenorrea, curados por este método

POR EL DOCTOR SANTÍN CARLOS ROSSI

Director de la Colonia de Alienados de Santa Lucía (Uruguay)

Comunicación a la Sociedad de Medicina de Montevideo. Sesión del 21 de julio de 1916

1.º *Generalidades.*—Vengo a registrar en la Sociedad de Medicina, un caso clínico sencillo, acaso trivial; pero que reviste un interés considerable por la circunstancia de que es en cierto modo experimental.

Explicaré brevemente el alcance de estas palabras. Cada vez que se trata de Psicoterapia, se da por entendido que no puede haber un método fijo, categórico, "reglamentable", por decirlo así, — de manera que mientras las demás ramas de la Terapéutica tienen sus indicaciones precisas, su formulario y sus cuadros generales definidos, la Psicoterapia deberá quedar flotante e indecisa sobre cuadros que, ellos sí, empiezan a ser claros y definidos.

Y no es ese un concepto vulgar: son neurólogos distinguidos quienes lo alimentan. Así, mientras André Thomas inicia su Tratado diciendo que la Psicoterapia no podría ser "enseñada", el Profesor Déjérine, que ha consagrado a esta rama de la ciencia una vida noblemente laboriosa y fecunda, termina su rico libro diciendo que siempre será la modalidad personal del médico la que vencerá.

Se diría que la sugestión y la persuasión son dos cosas de taumaturgia, y que la Psicoterapia es un arte de palabras.

Ahora bien; yo nunca he podido aceptar este criterio, y no

admito que la Psicoterapia escape a esa ley general de la Terapéutica que permite hallar una fórmula precisa para el foco, el síntoma o la complicación de toda enfermedad,—fórmula que nadie pretenderá no sea influenciada por el médico que la aplica, pero sin salir del criterio dominante y preciso.

En una palabra, si los cuadros clínicos que se entregan a la Psicoterapia tienen su cabida en la Patología seria, y se le consagran entidades nosográficas y camas de hospital,—no hay razón para que la Terapéutica de esos cuadros no pueda tener un lugar noble e indicado en el libro y en la clínica.

Animado de ese concepto inductivo, yo vengo estudiando desde hace un par de años las Psiconeurosis y la Psicoterapia, y si bien todavía no puedo abrumar de números mi experiencia personal, puedo ya presentar algunos hechos clínicos incontrovertibles, encarados con inducciones, pero sin prejuicios,—que acaso me permitirán a su debido tiempo deducir aquel método fijo, preciso, "etiológico" me atrevo a decirlo, que tienen las otras ramas de la Terapéutica.

El caso actual se presta a reflexiones serias en ese sentido.

2.º *Exposición del caso.*—Angela M., oriental, soltera, de 18 años de edad. Joven bien proporcionada, aunque de estado general precario en el momento del examen médico.

Hija de padre proveyo y de madre poco inteligente, sin instrucción ella misma, tiene una mentalidad propia de la campaña que habita. No es, sin embargo, débil mental, sino una joven sensata, capaz de reflexión.

En la infancia no presentó nada anormal.

La pubertad se inició entre los 13 y 14 años, sin trastornos. Pero la menstruación nunca fué fisiológica: retardos, metrorragias, reglas fugitivas o insidiosas,—de todo eso hay en la historia de esta señorita.

Unos tres o cuatro meses antes de ser puesta bajo mi asistencia, empezó a padecer trastornos nerviosos, consistentes en ataques histéricos, que primeramente fueron pequeñas crisis convulsivas seguidas de llanto, cada dos o tres días, luego ataques más grandes y frecuentes, hasta que desde hace más de un mes, tiene dos grandes ataques diarios, que le duran más de una hora, con convulsiones, estado letárgico y estado subsiguiente francamente hipocóndrico.

Establecida la índole histeriforme de los accesos—porque yo mismo, para confirmar el interrogatorio, le sugería uno de sus ataques habituales—busqué el origen de éstos, y he aquí lo que fui encontrando sucesivamente.

La aparición de los ataques coincidió con la suspensión de las funciones menstruales, que venían disminuyendo de mes en mes. A medida que pasaban nuevos períodos y la amenorrea persistía, los ataques se hacían mayores y más frecuentes, y el estado cenestésico de la enferma tomaba un tinte sombrío. El estado físico seguía, por su parte, una marcha paralela a la angustia y la depresión crecientes de la joven, y todo eso producía en síntesis el cuadro serio que ésta presentaba en la ocasión del examen.

Profundizando esa coincidencia a objeto de hallar relación de causa a efecto, — pues, como diré más tarde, yo no admito accidente histérico sin origen emotivo — encuentro que la joven tuvo una amiga y vecina que falleció hace algún tiempo con pertinaz amenorrea, y que era voz corriente en el vecindario que la amenorrea había causado dicha muerte. Mi buena enferma creyó, por su parte, que su amenorrea tendría el mismo fin, y de esa idea derivaba todo el cuadro.

Dueño así de todo el proceso de la enfermedad, — etiología, naturaleza, marcha, — resolví dejar de lado la amenorrea y emplear un criterio exclusivamente psicoterápico. Tracé claramente ante la joven el cuadro completo que vengo de resumir, le demostré el error de su interpretación sobre la amenorrea, le señalé las diferencias entre su caso y el de la amiga — que parece haber muerto tuberculosa, — la poca importancia de sus trastornos menstruales, etc., — y me empeñé en convencerla de que sus temores eran exclusivamente emotivos y que deberían desaparecer por su simple convicción.

En consecuencia, le aconsejé siguiera su régimen común, no le aconsejé aislamiento ni reposo, y le hice tres sesiones de esa psicoterapia durante tres días, pasados los cuales le di un plazo de 15 días para volver a consultarme, reservándome para entonces el atacar su amenorrea. En tanto no había tenido más ataques. Vuelta nuevamente a los 15 días sin ataques y sin haber tenido su menstruación, le receté ovocitina Aster y un régimen tónico, lo que hizo que las funciones menstruales se restablecieran, y ya han pasado dos períodos en que se siguen cumpliendo regularmente.

En cuanto a su estado nervioso no ha presentado particularidad alguna: la joven está curada.

3.º *Reflexiones sobre el caso.*—El caso que he relatado brevemente, porque lo interesante de él no es el cuadro sino el método empleado, se presta a las siguientes reflexiones:

a) Hecho el diagnóstico de un accidente histérico no está

hecho todo; es menester llegar al foco histerógeno, el origen emotivo del síndrome, *origen que nunca falla*. En efecto, aunque no se esté todavía de acuerdo en la definición de la Histeria, ya se está de acuerdo en eliminar de ella todo elemento orgánico y en referirla a un síndrome psíquico. Mejor dicho, se la considera una *psico-neurosis*, dando a esta categoría nosográfica el alcance que Bernheim explica en estos términos:

“Psiconeurótico es un disturbio nervioso de origen emotivo, susceptible de ser mantenido o reproducido por representación mental, o de ser creado por representación mental emotiva. La palabra “neurosis” — agrega — implica la idea de síntoma nervioso sin lesión, la palabra “psíquico” implica la idea de mecanismo psíquico”.—(*L'Hysterie*, Bibl., Toulouse).

b) La ausencia de terapia física. 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 psicoterápicos tienen un fundamento rigurosamente científico, es lógico que el psicoterapeuta tienda a restablecer el metabolismo fisiológico del organismo sobre el cual opera. Pero por algo llamo a este caso “experimental”, y es porque he querido incluirlo dogmáticamente en el método de Freud y Breuer conocido por Psico-análisis, y que explico a continuación.

c) Para ello, vuelvo al diagnóstico. Descubierta el foco histerógeno, combatí su temor con un razonamiento amplio y sencillo, que fué un capítulo de patología menstrual y nerviosa. Delimitados los dos síndromes, excluí totalmente la amenorrea y puse a la enferma frente a su histeria. Apagado el foco emotivo, las consecuencias convulsivas desaparecieron, y sólo después de 15 días de calma absoluta atacamos la amenorrea. De los ataques, puramente, ni me preocupé.

El método seguido es una aplicación de la teoría del Psico-análisis introducida en las ciencias psíquicas por Breuer y Freud.

Se sabe en qué consiste. Partiendo de un postulado profundamente psicológico, los autores estiman que en toda psiconeurosis hay un traumatismo psíquico — que Freud por su parte sostiene ser de origen sexual, — traumatismo que a veces es lejano, a menudo inconsciente, siempre emotivo, — y del cual derivan más o menos directamente todos los síntomas: “Los

histéricos sufren de reminiscencias", ha dicho Freud. Ahora bien: si el médico no llega a este traumatismo inicial, a este foco hiperógeno, su terapéutica será estéril y en todo caso incompleta. Hay que atacar el foco, por los medios que ellos mismos indican, — pero que yo no recuerdo aquí porque son algo complicados, y porque en esto sí su método puede admitir cambiantes, — de igual manera que para combatir un foco de pus hay el bisturí, la hiperemia, la revulsión, etc., — pero hay que atacar el foco, y los múltiples y variados síntomas desaparecerán como aparecieron: colgados a la vitalidad del traumatismo psíquico.

El método de Freud y Breuer, hay que considerarlo así, como un método esencialmente etiológico, del cual, aunque los autores no lo digan claramente, no están excluidos ni el hipnotismo, ni la sugestión, ni la persuasión, ni la medicación coadyuvante, ninguno de esos agentes que por lo mismo que existen tienen todos razón de ser, todas sus indicaciones y todos sus ventajas; pero lo que ese método declara sin ambages es que la terapéutica debe tener por base el diagnóstico del foco hiperógeno, sin lo cual no tendrá objeto concreto y será estéril o incompleta.

Yo creo lo mismo, y como ésta no será mi última palabra sobre Psicoterapia y Psico-análisis, termino dejando plantado este modesto jalón en la Sociedad de Medicina.

REVISTA DE PSIQUIATRIA DEL URUGUAY

REVISTA BIMESTRAL

REDACCION: ADMINISTRACION:
Soc. de Psiquiatria. Hosp. Vilardebó Editorial Médica - Uruguay 1370

Año II Junio-Agosto-Octubre de 1930 Núm. 10-11-12

COMISION DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
COMITE DE REDACCION DE LA REVISTA

Presidente: Dr. Camilo Paysé
Vice-Presidente: Dr. Wálter Martínez
Secretario: Ventura C. Darder
Tesorero-Bibliotecario: Dr. Francisco Rodríguez

SUMARIO

- Dr. Bernardo Etchepare. — Ensueño y alucinación
- Dr. Bernardo Etchepare. — A propósito de la sordera verbal congénita.
- Dr. Rafael E. Rodríguez. — Epilepsia convulsiva, descalcificación del esqueleto de ambos pies y doble catarata de origen congénito. (1.ª parte).
- Dres. Elio García Austt y Antonio Sico. — Asistencia familiar en el Uruguay.

Conclusiones

1.º No nos es posible suscribir a la opinión de Bernheim, que expresa que la alucinación puede ser fisiológica o casi fisiológica.

2.º Creemos, al contrario, que toda alucinación es siempre de carácter patológico.

3.º Opinamos también que las llamadas pseudo-alucinaciones, alucinaciones voluntarias o alucinaciones conscientes, es decir, que no imponen la percepción de la realidad, son representaciones mentales vivas o intensas. O bien, como lo hemos demostrado, a bien examina algunos casos presentados como alucinaciones conscientes, se ha visto que se trataba de alucinaciones verdaderas, es decir, de percepciones imaginarias, a las cuales se adaptaba de algún modo la conducta de la persona como si se tratara de una percepción real. Y en cuanto a las pretendidas alucinaciones conscientes o voluntarias de algunos personajes históricos, estamos de acuerdo con Ziehen que sólo se refieren generalmente a representaciones mentales muy vivas o intensas.

4.º Del mismo modo, nos parece que el ensueño, por frecuente que él sea, no por eso deja de pertenecer a la patología, banal si se quiere, pero patología al fin.

5.º Creemos, por fin, que debe considerarse toda manifestación psico-sensorial durante el sueño habitual como una verdadera alucinación, a la que proponemos se de el nombre de alucinación sómnica, para distinguirla de la alucinación onírica, cuyo proceso y etiología son distintos.

A propósito de la sordera verbal congénita

Por el Dr. BERNARDO ETCHEPARE

Ex-profesor de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Montevideo

(Comunicación presentada a la Sociedad de Psiquiatría en Julio de 1924)

En la multitud de débiles mentales que se encuentran en la práctica médica, hay ciertamente algunos que merecen bien, y especialmente, el nombre de retardados. Son los que afectados, ya de vegetaciones adenoides, ya de debilitamientos de diversa índole, recuperan, cuando bien tratados, la normalidad de que parecían carecer.

Pero es interesante conocer el grupo de los retardados funcionales parcialmente o en totalidad, que, espontáneamente y a cierta edad, adquieren la totalidad o la casi totalidad de la función. Dentro de ese grupo existe el tipo de sordera verbal congénita que ha señalado Foy en su tesis de 1905, y que describe así:

"No comprenden el lenguaje hablado ni las palabras; sin embargo no tienen nada de endebles o de mal venus. Su fisonomía es la de los niños nor-

males, la mirada viva, alerta, inmóvil, la inteligencia despierta. Comprenden todos los ademanes y se hacen fácilmente comprender por gestos, ayudan a su madre en los trabajos del menaje, se visten por sí mismos, comen solos limpiamente.

"No son sordos; pueden repetir las palabras dichas una a una, pero no las comprenden; la palabra no despierta en ellos ninguna idea; tienen, sin embargo, un vocabulario espontáneo bien limitado: papá, mamá, sí, no.

"Un hermano de la madre no ha hablado sino a los seis años; se le creía sordo-mudo, y después, con tratamiento, se puso a hablar y es hoy consejero municipal de su comuna".

Tal es el cuadro de este tipo descrito por Foy, un poco generosamente, nos parece.

La enferma que presentamos, comparable al tipo indicado, nos dará lugar a hacer una mejor ubicación de estos casos: He aquí su historia:

T. P. de R., 15 años, casada, uruguaya, entra a nuestra clínica en marzo 30 del corriente año, y ofrece la siguiente anamnesis, que conseguimos de su madre y de su esposo, ambas personas de buen criterio y sin exageraciones.

Padres, abuelos y tíos, sanos, sin ofrecer casos como el presente. El padre no bebe ni fuma. La madre, no nerviosa.

Cinco hermanos normales.

Un hermano de 19 años está actualmente en la Colonia de Alienados de Santa Lucía. Según el expediente, es un débil mental. Según la madre, es un poco ceceoso, como ella dice, pero no ha tenido sordera verbal.

Otro hermano, en cambio, hasta los 6 a 7 años no comprendía lo que se le decía. Apenas pronunciaba: tata, mama, los nombres de sus hermanos y de algunos objetos, malamente. Después de esa edad, empezó espontáneamente a comprender y hablar más extensamente, hasta hoy, en que todavía, dice la madre, "algunas palabras son alrevesadas, porque no le ayuda la lengua".

Respecto de nuestro caso, el embarazo materno y su parte fueron buenos. La niña nació bien, gritó en seguida. Caminó al año. Dormía bien, se alimentaba. Denticiones bien, como la pubertad.

Y jamás ha comprendido el lenguaje hablado ni ha comprendido sino algunos términos, como ahora, con mala dicción.

Muy viva, cariñosa, trabajadora y hábil en lo que hacía. Sin embargo, "como era ansina, añade la madre, no era tan inteligente como los hermanos, pero, en lo que podía comprender, era tan hábil como los otros".

A los seis años, "empezó recién a soltarse la lengua,,. Hasta entonces sólo decía: tata, mama y nombres de hermanos, mal expresados.

Su menstruación tiene algunas irregularidades. Ha tenido dos períodos amenorreicos, uno de dos y otro de tres meses.

Hace seis meses ingresó a Vilardebó porque le daba por escaparse, amenazando que se iba a tirar a un pozo (decía: "yo... pocho... Teresa no má"). Un poco soberbia, un tanto nerviosa, cuando se la contradecía. Se enojaba fácilmente, y cuando eso sucedía, se le encendía la cara, sobre todo cuando

no se le hacía caso. Estuvo muy poco tiempo en el Hospital.

Se casó hace cuatro meses, con un mozo con quien se había criado. Esta es la causa de este acercamiento extraño, verdadero romance sin palabras o por lo menos de media correspondencia verbal. El marido la quiere mucho y "le adivina todo, aunque no le diga más que algunas mitades de palabra", en la mirada y en los gestos.

Le quiso desobedecer en algunas cosas y se puso muy nerviosa. Dos veces la encontró "de duelo" (en lágrimas), como si tuviera un disgusto. Aconsejado por los vecinos, que decían que, como había estado en Vilardebó, podía ponerse grave, aprovechó el que le dolían las muelas, e invitándola a ir al dentista, la trajo a nuestra clínica.

En nuestro servicio se ha portado realmente bien. En sus reacciones es un poco infantil; muy alegre. Aprende todo con facilidad y ejecuta lo que se le ordena correctamente, tratándose, naturalmente, de tareas sencillas.

Se fija mucho en todo, su atención es perfecta, y, dice la religiosa, hace su trabajo con mejor disposición que las demás.

Oye perfectamente, pero no comprende sino algunas palabras estudiando el juego de los labios de su interlocutor. Pero aun así, sobre todo hablándole al oído, repite aproximadamente lo que se le pregunta, sin que se obtenga una contestación.

"¿Eres casada o soltera? ¿Cuántos años tienes?" Repite toda la frase y hasta mima nuestro gesto. Pero la interrogación queda sin respuesta. Ha, pues, oído bien, pero no comprende lo que se le dice.

A veces contesta sin imitar, y entonces expresa algunos fragmentos de vocablos o seudoneologismos, tales como: "echin, tepe, emoreja", etc.

Conoce bien a todos, pero en cuanto a los nombres, no los recuerda. A la religiosa la llama mama; de una de las enfermeras, que distingue, dice mal su nombre. Pero casi siempre fracasa en la evocación del nombre.

No obstante, dice el nombre de algunos objetos: llave, lápiz, mal dichos. No sabe leer ni escribir, pero al tratar de imitar una escritura, como suelen hacer algunos inferiores, emplea una caligrafía indescifrable, porque al desviar la vista de la muestra ya no recuerda el trazo de los caracteres de las palabras.

En cambio, su mirada denota una inteligencia bien superior a lo que indica su lenguaje. Su mímica es muy expresiva. Como lo observa justamente nuestro jefe de clínica, Dr. Sicco, su mímica es apropiada y se diría excesiva si su lenguaje fuera comprensible.

En su arquitectura craneana sólo remarcamos un poco de braquicefalia, ligera asimetría facial, paladar un tanto chato y asimétrico.

En el resto de su organismo nada hay de particular.

Tal es el caso. A juzgar por la fórmula de diagnóstico conocida de Binet y Simón, se trataría de una idiota, pues ni habla ni comprende el lenguaje hablado. Pero, como se sabe, esta fórmula no es siempre segura. Y en este caso así lo demuestra.

No es una idiota: su actitud y su actividad lo demuestran bien.

Pero es una débil mental, no queda duda. Es posible que esa debilidad sea primitiva, pero se nos ocurre que su insuficiencia mental ligera tiene también relación evidente con la imperfección de sus facultades de lenguaje.

El caso entra, sin duda, en los de falta de función aislada cerebral que se han descrito y que tan bien caracteriza el doctor Apert, diciendo (1): "se trata de niños que, normales y bastante bien dotados en lo que concierne a la inteligencia general y al conjunto de sus facultades cerebrales son, sin embargo, muy inferiores a sus camaradas de la misma edad, del punto de vista de una facultad particular, asombrosamente atrofiada en ellos. En los casos más típicos se trata verdaderamente de estados vecinos de la patología, o, por mejor decir, de la teratología. Pero se puede pasar insensiblemente por casos de más en más atenuados, hasta llegar a los de niños teniendo simplemente una menos buena disposición para tal o cual género de trabajo intelectual".

Es el nuestro uno de esos casos en que, primando la sordera verbal congénita, ha sobrevenido como consecuencia o con relación de coexistencia, la dis-femia y además hay alexia y disgrafia.

Para los autores que han estudiado el punto, se trata de estados pasajeros, de verdaderos retardos funcionales que se desvanecerían en la segunda infancia y espontáneamente. Creemos, con todo, que

(1) Apert: Bulletin Médical. 1.º marzo 1924, pág. 241.

obedeciendo éste a un estado prolongado y no bien explicado aún, es de sospechar que la función del lenguaje no se recuperará nunca bien. Hay, como lo sospecha Apert, un poco inseguramente, algo de teratología más que de lentitud de la aparición de la función. En nuestro caso, que ya tiene 15 años de edad, es casada y posee, a no dudarlo, bastante inteligencia, la teratología es para nosotros segura.

Somos pesimistas en esta joven. Creemos que malogrado un tratamiento opoterápico que le indicamos (glándula pineal e hipófisis) y la reeducación, no conseguiremos hablar.

Como se supone, dado el problema, no resuelto aún, de la localización de la función del lenguaje, es difícil decir dónde está la lesión. Se cree, naturalmente, que habría una defectuosidad bilateral en el cerebro, correspondiente a la conocida del lenguaje.

Como se ve, se trata aquí de un caso familiar, pues son tres los hermanos que, en mayor o menor grado, han sufrido esta anomalía curiosa.

Finalmente, insistimos de nuevo en que no siempre se desarrolla la función no establecida. Este caso lo demuestra. Creemos que, a este respecto, se muestra muy prudente Apert cuando afirma que "tales sujetos no se vuelven oradores; no están llamados a ser *parleurs brillantes*...".

¡Ya lo creo!, y mucho tememos que el consejero municipal de Foy jamás habrá ensordecido el recinto de su municipalidad con las magnificencias de su oratoria.

Un caso de mutismo

POR EL DR. VALENTÍN PÉREZ

Jefe de Clínica adjunto en la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Montevideo

Trabajo presentado a la Sociedad de Psiquiatría el 30 de Abril de 1925

Debo a la amabilidad del profesor doctor Bernardo Etchepare, que me ha permitido recoger esta observación, que por creerla de interés la presento a esta Sociedad.

Como el enfermo es de campaña, la anamnesis es muy incompleta, pese a las reiteradas veces que se le ha escrito a la familia pidiendo datos que nos ilustren sobre antecedentes hereditarios y personales que pudieran servirnos para mejor interpretar su enfermedad actual.

Parece ser que días antes de entrar a este Hospital, el enfermo tuvo un ataque al decir de la esposa, con convulsiones terminando con llanto; desde ese momento se instaló su mutismo absoluto. Quedó "mortal"—dice la familia—y por esa causa es que el médico aconseja su ingreso al Hospital Villardebó.

Aquí llegó el día 11 de junio de 1923 y se constata claramente un estupor confusional: inercia completa, inmovilidad absoluta; facies estúpida, sin expresión; sin reacción ni refleja; ausencia de pestañeo; insensibilidad a los pinchazos, la inyección de trementina no lo perturba lo más mínimo. Gatismo, incontinencia de orina, sitiofobia (hubo que alimentarlo a sonda durante 20 días). Había que levantarlo, vestirlo. Mutismo absoluto, continuo. La sitiofobia, como digo, duró poco; a los 20 días, poniéndole los alimentos en la boca, comía aunque con gran dificultad.

Esta parálisis psíquica completa—pues abarca las funciones psíquicas superiores y las funciones psíquicas automáticas—duró con ligeras variantes, por espacio de quince meses. Acompañaba a este cuadro, perturbaciones profundas de la nutrición: adelgazamiento notable, hipotermia, etc. No había sífilis.

El enfermo sale paulatinamente de su estupor: mirada más viva, se interesa por lo que le rodea, se ríe, fuma, empieza a alimentarse sólo y restablecido inicia espontáneamente pequeños trabajos. Su mutismo, sin embargo, persistía.

Aquí ya nos empezamos a dar cuenta, además, que el enfermo era un débil mental, por algunas reacciones y el facies bastante característico, confirmándose definitivamente esa impresión al comprobar más tarde, al examen psicológico, cierta debilidad del juicio, la dificultad de abstracción y de concebir ideas generales. Lenguaje pobre; el tono un poco bruseo, expresa modulaciones afectivas de un modo un poco grosero. No hay ningún defecto moral ni afectivo. Comparando su grado de inteligencia con las del niño, sirviéndonos para ello de los *tests* de Binet y Simón, constatamos que ha alcanzado el nivel mental de un niño de 8 a 9 años.

Como ya dijimos, a pesar de haber recobrado en parte su lucidez mental, en que la actividad se hizo bastante intensa, pues trabajaba en lo que se le mandase, muy dócil, sin tener incidentes con nadie, no hablaba, sin embargo, una palabra. Nos demostraba por gestos, ademanes, que no es que no quisiese hablar, sino que no podía hacerlo. Descartamos, por lo tanto, que fuese un perseguido o un melancólico, pues no se observa ninguna idea delirante, ni alucinación, pues como lo deja traducir su vida de orden y de trabajo, en la que no se observa en su actitud general, ni desconfianza, ni que se le haya escapado alguna palabra que descubra alguna idea de persecución, ni que haya depresión, tristeza, atención de escuchar como un melancólico alucinado, que sus voces le impiden hablar. Hay, además, conservación de la afectividad. En cambio, tiene algunos de los caracteres descritos por Charcot del mutismo histérico: no ensaya respuestas, no hace esfuerzos como haría el asfásico, por ejemplo, para hablar. Parece que el enfermo no tuviese la idea ni el deseo de la palabra, o que la hubiese olvidado, dada la indiferencia manifestada a todas nuestras incitaciones al respecto. No hay, además, fenómenos paralíticos del lado de la lengua, labios, velo del paladar, etc. El enfermo no es sordo; comprende nuestras preguntas, hace gestos, sonríe. No hay otros síntomas histéricos, ni a fórmula somática (contracturas, parálisis, anestias), ni a fórmula psíquica.

No ha obedecido a la persuasión. Sin embargo, hará cosa de uno y medio meses, bajo la influencia de una amenaza energética, súbitamente casi, este síntoma curó completamente. Y, aquí aparece un hecho interesante y por el cual esta ob-

servación ha sido presentada: al salir de su mutismo, espontáneamente, el enfermo nos manifiesta que si él no hablaba, era porque tenía temor de haberse olvidado del lenguaje, o, en caso de que pudiese decir alguna palabra, la dijese mal, en cuyo caso pasaría vergüenza. Se ve ya aquí, el fondo mental del sujeto, por lo pueril de su preocupación y del modo de exponerla. No obstante me manifiesta también, que estaba tan acostumbrado a no hablar, que ya no tenía ni deseos de hacerlo, tanto más cuanto que pensaba que pudiera fracasar.

Como se observa, se ha injertado a su mutismo, que sin afirmarlo, creemos histérico, un elemento psicasténico, causa también de mutismo, que podríamos llamarle estado obsesante, mejor que obsesión o fobia; y digo que no parece una obsesión, porque ese temor que acusa el enfermo es indiferente, no se acompaña de emoción, de angustia característica de estos estados. No debemos, sin embargo, insistir mucho en esta diferencia, que creemos es cuestión de matices, según el contenido de la idea y el terreno en que obra; digo esto último, acordándome de lo que Janet llama el descenso de la tensión psicológica, debido a lo cual puede la obsesión transformarse en delirio, siendo la causa la actividad mental insuficiente, el espíritu no trabaja sobre el objeto de su obsesión; el enfermo acepta sus ideas, no reflexiona, cae en el delirio; en nuestro caso siguió siendo obsesión, pero el estado de insuficiencia de la voluntad, debilidad del juicio, fruto de su oligofrenia, impidió tomar más cuerpo a este elemento psicasténico. Si quisiéramos clasificar esta obsesión, la incluiríamos en la onomatomanía, no en la forma de busca angustiante de la palabra, sino en la que Charcot y Magnan, también bajo el nombre de onomatomanía, describieron en todos los casos en que la palabra juega un rol predominante en la obsesión, y entonces la incluiríamos en una de sus variedades—la obsesión—temor de pronunciar las palabras.

Sintetizando diremos: ha habido en este enfermo débil mental congénito, un choque emotivo—desconocido para nosotros por la falta de anamnesis—un accidente histeriforme, mordiendo en un terreno propicio por su fragilidad psíquica y favorecido, como lo quiere Tinel, por un estado vagotónico que, junto a la emoción, haya favorecido la intoxicación y particularmente la fijación de los tóxicos sobre los centros nerviosos, causa por la cual estalló su confusión mental estuporosa.

Es lógico admitir que el mutismo inicial sea debido a la inhibición producida por el estado confusional, y, para ex-

plicar su persistencia, tenemos que aceptar dos órdenes de fenómenos: uno causado por el estado de abulia, reliquia del sacudimiento psíquico y orgánico, tan grande que ha pasado; y el otro—predominante para nosotros—es el elemento histérico, no sólo porque el terreno quizá fuese éste, acordándonos del accidente inicial de días antes a su confusión, sino también por los caracteres ya descritos, que son bastante característicos.

Tengo que agregar, además, que no es de extrañar que el síndrome clínico histeria, sea en nuestro caso muy pobre, reducido sólo al mutismo, a pesar de lo sugestibles e imaginativos que son estos enfermos, porque es un hecho conocido que en los sujetos con insuficiente desarrollo intelectual, o, más bien dicho, con detención del desarrollo psíquico, carecen relativamente de imaginación, causa por la cual el débil mental histérico, no hace nunca nada grande, y en donde también se ha comprobado que la persuasión es ineficaz.

Ahora bien: este injerto obsesional en este mutismo, ¿cómo y por qué se ha producido? Quizás por asociación ocasional: la emoción de no poder hablar despierta automáticamente el temor, como el tabético, por ejemplo tiene a veces el temor de tenerse de pie (estasobasofobia).

Podría ser como en el caso presentado por Claude y otros en una melancólica ansiosa y delirante, en que se ha injertado secundariamente sobre su delirio, obsesiones, en que considera a éstas como un medio de defensa contra las ideas melancólicas y la ansiedad. También esta fobia del lenguaje podríamos considerarla debida a la abulia, y sería bajo forma de sentimiento de inferioridad congénita en el enfermo, el que tiene como antecedentes el haber sido siempre tímido, vergonzoso.

La explicación que doy del mutismo también la da en un caso parecido Lwoff y Targowla, pero era en un intermitente, débil mental, que había hecho una depresión melancólica con mutismo.

La objeción que se me pudiera hacer a esa doble interpretación del mutismo: abulia y factor histérico, y no aceptando este elemento histérico que, sin embargo, es tan claro, a mi modo de ver, y pensando que hubiese inhibición grande de sus facultades psíquicas, el organismo se defendería en este caso, o sería, más bien dicho, el mutismo una reacción del organismo que se defiende por la inercia en aquella de sus facultades que, como el lenguaje, necesita más contribución de las facultades superiores para establecerse. Como ya

digo, me parece poco verisímil esta explicación, por la lucidez que creo ver en el enfermo, ayudado por los muchos caracteres histéricos ya descritos.

En resumen: creo interesante este caso, porque se han juntado por algunos de sus elementos las dos neurosis: histeria y psicastenia, que tienen tantos puntos de contacto.

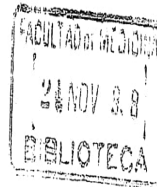
384

- Dr. M. Pérez Carreño. — "Método de extirpación perineo sacro (Goetz) en los neos del recto."
- Dr. J. A. O'Daly. — "Un caso de papilomatosis vulvar bilharziana".
- Dr. R. González Rincones. — "Sensibilidad de los pólipos nasos-faríngeos y de las vegetaciones adenoides a los rayos X".
- Dr. Félix Pifano C. — "Enfermedad de Chagas en el Estado Yaracuy. Presentación de caso agudo diagnosticado por el examen directo de la sangre".
- Dr. Enrique G. Vogelsang. — "Profilaxis y terapéutica del tétano".

====

Revista de Psiquiatría 285

del Uruguay



Organo Oficial de la Sociedad de Psiquiatría

PUBLICACION BIMESTRAL



REDACCION Y ADMINISTRACION

SOC. DE PSIQUIATRIA. HOSPITAL VILARDEBÓ

MILLAN 2515

Núm. 17 Setiembre-October de 1938

COMISION DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA

- Presidente Dr. Elio García Austt
- Vice Presidente Dr. Walter Martínez
- Secretarios Dr. Angel A. Fascioli
Dr. D. Vaghi Mosquera
- Tesorero Dr. Francisco J. Rodríguez

REDACCION DE LA REVISTA

- Dr. Camilo Payssé
- Dr. Ventura C. Darder
- y Comisión Directiva de la S. de Psiquiatría

Administrador: Ernesto J. D'Antuoni

288


FANODÓRMO

M. R.

**Adormecimiento rápido.
7 a 8 horas de sueño tran-
quilo y libre de pesadillas,
de profundidad suficiente**

ENVASE ORIGINAL:
Tubo de 10 tabletas de 0,20 g.

Cincuentafines



1888 BAYER 1938

PRODUCTOS
FARMACEUTICOS

289

BIBLIOTECA

Estados catatónicos reaccionales a estructura psicopática de carácter emocional.

Por el Prof. Agreg. Dr. Elio García Austt y
Dres. R. Agorio y A. Fascioli

Como lo hace notar Baruk en el capítulo inicial de su reciente "Psiquiatría médica, fisiológica y experimental" el malestar reinante en el mundo psiquiátrico deriva sobre todo de la cuestión relativa a la elección de métodos. A este autor le parece que ni las "orientaciones psicogenéticas" ni las concepciones neurológicas" ni los "sistemas nosográficos" pueden conducir a un desenlace propicio, lo cual lo lleva a la afirmación de un método clínico experimental y fisiológico como única garantía de investigaciones fecundas.

Es justamente a propósito de las catatonias o mejor de los estados catatónicos que Baruk ha realizado la parte más interesante de su intensa labor psiquiátrica. Sin embargo es innegable que él tampoco ha podido sustraerse a las limitaciones sistemáticas impuestas por la propia posición adoptada y que todo un aspecto fundamental de aquellos cuadros psicopáticos se le escapa necesariamente en su preocupación por

300

apartar toda posibilidad de explicación psicogenética y ello a pesar de que se le debe reconocer como tendremos ocasión de indicarlo más adelante, el mérito de haber señalado el rico contenido espiritual patológico de muchos catatónicos.

En el presente trabajo nos esforzamos por discriminar una forma especial de catatonía, vinculada en su determinismo biológico a las psicosis periódicas, pero esencialmente condicionada en su expresión clínica y en su contenido psicopático a componentes emocionales que le confieren una estructura particular, así como una evolución y un pronóstico favorables.

Por razones didácticas, hemos seriado las cuestiones a tratar en tres capítulos.

El primero concierne con el relato de las observaciones clínicas a las relaciones de la catatonía con las psicosis periódicas; el segundo a la justificación de la catatonía como expresión emocional; el tercero, en fin, a una breve aclaración nosográfica de las catatonías reaccionales.

I CONSIDERACIONES SOBRE LA CATATONIA EN EL CURSO DE LAS PSICOSIS PERIODICAS

Desde que Kraepelin impuso al mundo científico su clasificación nosográfica, han menudeado los trabajos y comunicaciones sobre estados mixtos cuya sintomatología no encuadraba dentro de los límites establecidos por aquel autor.

No es nuestro propósito discutir el carácter de los estados periódicos atípicos, sobre los cuales hay una

301

literatura extensa. Esta contribución clínica, tiene sólo por objeto establecer las relaciones que la catatonía puede tener con la psicosis maniaco-depresiva, y sobre todo de aclarar en lo posible su significado psicopatológico. Demás está decir, que no proponemos una solución definitiva de este problema y que nuestra intención es tan solo sugerir o bosquejar las directivas que, a nuestro juicio, deben orientar los estudios relativos a ese tópico.

Pasamos a continuación a exponer la historia clínica de dos enfermos que estuvieron bajo nuestra asistencia en el Hospital Vilardebó.

Washington M. procedente de San Jacinto (Depto. de Canelones).

El 15 de febrero de 1933, después de haber sido examinado por el Prof. Rossi, fué internado en el Servicio de la Clínica del Hospital Vilardebó. Contaba entonces 20 años de edad y las referencias anamnésticas proporcionadas por el padre, decían lo siguiente: fué un niño y adolescente normal, en una familia donde no existen antecedentes de ostensibles manifestaciones patológicas mentales. De buen carácter, muy cariñoso, tal vez algo tímido, habiendo hecho con facilidad sus estudios escolares primarios, trabajaba asiduamente, junto a su padre, demostrando ingenio e iniciativa en sus tareas. Su salud mental, hasta entonces impecable, comienza a exteriorizar alteraciones en Diciembre de 1932; rápidamente modifica su humor, se torna triste, retraído, sin cambiar palabra con sus familiares y deja de trabajar para pasarse poco menos que arrinconado durante todo el día.

302

Observan que a menudo tiene los ojos empañados por las lágrimas, que habla solo y que pasa muy a menudo insomne.

Esta sintomatología se acentúa de tal modo, que nuestro enfermo, aparentemente desvinculado a su ambiente, alarma a sus familiares, lo que origina su visita al Dr. Rossi y su hospitalización consecutiva. En el momento de su ingreso, la hoja clínica apunta lo siguiente: enfermo tranquilo, tal vez algo deprimido, que no habla, ni mantiene ninguna actividad. Pasa inerte todo el día con la mirada a los lejos, al parecer indiferente hacia lo que lo rodea: inexpressivo. No se aprecian alteraciones somáticas dignas de mención. Exámenes biológicos: (líquido céfalo-raquídeo, sangre y orina) normales. Presumiendo la iniciación de un estado desagregativo del tipo demencial precoz, el Dr. Rossi indicó piroterapia, para lo cual se le inoculó con *Treponema* Hispánico. Hizo muy pocos accesos febriles (2) agotándose después espontáneamente la infección treponémica. En el momento del primer acceso febril, el enfermo parecía haberse animado, pero pasada la pirexia volvió a caer en un estado de franco aspecto catatónico: inmóvil, permanecía indefinidamente en la misma actitud, sin la menor iniciativa motriz; indiferente a todo, aún frente a la visita del padre, facies inexpressivo, respondía a veces monosilabicamente y en un sentido netamente ambivalente, a las preguntas que se le formulaban; sin embargo se alimentaba por sus propias manos. Pasó así todo Marzo y parte de Abril de 1933, al final del cual, como se hubiera notado en él una ten-

Est. catat. reac. a estruc psicop de c. emoc.

303

dencia a la recuperación práctica, y a instancias repetidas de su padre, fué dado de alta en prueba, reintegrándose a su hogar el 25 de Abril de 1933. El 29 de Junio del mismo año, es decir, a poco más de 2 meses de su salida, el padre, en una visita que nos hace nos refiere que Wáshington va mejorando, que empieza nuevamente a ocuparse en algunas pequeñas tareas y que su estado físico ha ganado visiblemente.

El 21 de Julio, nos visita el mismo enfermo, quedándonos sorprendidos frente al cambio que se constata: ahora es un sujeto expresivo, amable, que traduce correctamente su pensamiento, se muestra agradecido al médico que lo asistió y hace entonces el relato de sus sufrimientos durante la enfermedad que ha transcurrido recientemente. Este relato que ha confirmado invariablemente toda vez que hemos conversado sobre su estado mental en aquel episodio, revela la existencia de un abundante delirio de colorido francamente melancólico. Transcribimos sus propias manifestaciones:

"En Diciembre de 1932, pocos días después de sentirme triste, con fatiga física, incapaz de trabajo como hasta entonces, comencé a creer que la gente de mi pueblo quería apoderarse de mí, para llevarme en un carro descubierto y exhibirme como asesino. Me sentía inferior a ningún otro; creía que mi familia estaba arruinada, perdida, privada de su crédito, todo por culpa mía; preveía catástrofes, desgracias mundiales y no encontraba para explicarlas, otras razones que las de mi propia culpabilidad. Durante mi estadía en el Hospital sufrí

304

" mucho íntimamente, llorando bajo las ropas de la
 " cama, sin atreverme a revelar nada, ni a esbozar
 " la menor reacción porque creía que era un castigo
 " que tenía que sufrir. Creía que, en lugar de enfer-
 " mos los asilados eran sujetos condenados a padecer
 " y morir por mi culpa. Si nunca dejé de comer fué
 " porque creyendo la comida envenenada, pensaba
 " que cuanto más comiera yo, menos quedaba para
 " intoxicar a los demás." Manifestaciones sobre este
 tenor son todas las que hace cuando se refiere a in-
 finitos detalles que recuerda con precisión, y que re-
 velan ideas de inferioridad, de humildad, de ruina, de
 autoacusación, etc.

Evolución. — Reintegrado a su normalidad, pasa
 bien hasta Febrero de 1934. En esa fecha nos hace
 una visita notando en él excesiva verbosidad, excita-
 ción psíquica ligera, pero no por eso menos evidente,
 acompañada de intenso sentimiento de bienestar, de
 eufonía, etc. Todo le parecía realizable, ambicionaba
 el amor de una antigua compañera de colegio, habla-
 ba de poner con su hermano un taller de reparacio-
 nes de autos (debe aclararse que conoce el oficio de
 mecánico), y conjuntamente a esas expresiones de
 actividad psíquica, existía inquietud motriz, traducida
 en varios viajes a Montevideo y Canelones, visitas,
 etc.

15 días después, inversión afectiva y nuevamente
 estado depresivo, insomnio, etc.; alarmado y temien-
 do la vuelta de aquel penoso episodio, cuyo recuerdo
 conserva vivo por el horror que le inspiró, nos con-
 sulta y se interna. Sometido a tratamiento adecuado,

305

recupera el sueño y la tranquilidad y vuelve a su
 casa. Debemos hacer constar, que la reintegración
 a sus afectos y tareas es completa, tanto que la fa-
 milia no nota, fuera de los episodios patológicos, nin-
 guna alteración, sea de la afectividad, sea pragma-
 tica apreciable. En Junio de 1934 (3 meses después de
 ese breve estado distímico que anotamos más arriba)
 hace otro episodio de excitación con gran ansiedad y
 nuevamente ideas delirantes de temor, ruina, y ca-
 tástrofes extendidas no sólo a su familia, sino a todo
 el mundo. En el transcurso de este episodio que duró
 3 meses, presentó fases donde la discordancia, el ne-
 gativismo, las repeticiones estereotipadas, el gatismo,
 etc., hacían necesariamente temer la evolución es-
 quizofrénica de su psicopatía. Pero hacia Octubre,
 todo entra en calma; se extinguen sus trastornos de-
 lirantes y del comportamiento recobra nuevamente su
 buen estado físico y otra vez reaparece intelectual y
 afectivamente, la personalidad de Washington. Fué
 dado de alta el 31 de Octubre de 1934. De entonces
 acá, hemos tenido oportunidad de examinarlo repe-
 tidas veces, pues no pasa por Montevideo sin salu-
 dar al médico que lo asistió. Se ha mantenido siem-
 pre bien; es cariñoso, adecuado en sus explicaciones
 y en su conducta. Trabaja con éxito en un taller me-
 cánico que ha anexado al de herrería que dirige su
 padre. Tiene novia, y en la actualidad, ni lo que ex-
 presa, ni lo que hace, ni sus propósitos y ambicio-
 nes, denotan trastorno alguno residual de sus ante-
 riores estados psicopáticos.

La restitución ha sido, pues, ad-integrum.

306

Alfonso C. — Procedente de Montevideo. En el momento de su ingreso al servicio del Dr. García Austi (29 de mayo de 1936) contaba 19 años de edad.

Antecedentes familiares. — En la familia de la madre, se han observado varios casos de psicosis periódica, llegando uno de ellos al suicidio, en el curso de un acceso de melancolía. La misma madre, ha pasado por numerosos estados de depresión psicofísica, que sin haber exigido internamientos, dada la ausencia de manifestaciones delirantes o ansiosas, duran no obstante, algunos meses. Los intervalos entre dos episodios depresivos, son de completa salud mental. Padre y una hermana, sanos.

Antecedentes personales. — Fué criado sin otras enfermedades que las propias de la infancia. Desarrollo intelectual; bueno. Adquisiciones escolares: normales. De humor alegre, expansivo, muy cariñoso con sus familiares. Activo. En 1935 hace un estado depresivo melancólico que duró varios meses y del cual curó completamente, reintegrándose a una total normalidad.

En Mayo de 1936 enferma bruscamente: 3 días antes de su ingreso al H. Vilardebó comienza a exteriorizar síntomas de excitación psíquica (se muestra expansivo, eufórico, insomne, etc.) y rápidamente agitación motriz, lo que impone el internamiento. En ese momento se constata: enfermo con evidente excitación psico-motriz, lucido, orientado, chistoso, con atención móvil y dispersa, lenguaje expresivo de su estado afectivo, mímica rica y adecuada, etc. Facies animado, ojos brillantes, estado físico excelente y sin

307

signos de alteración importante del punto de vista orgánico y humoral.

Se le practicó absceso de fijación, sin obtener mejoría ostensible del cuadro clínico señalado. Pero transcurrido un mes de enfermedad, con transición casi brusca, cesa el estado maniaco para caer en el opuesto; la actividad se torna quietud, inmovilidad y negativismo: la excitación psico-verbal, en mutismo absoluto; el taces se hace inexpresivo como una máscara fija, donde no se refleja como antes las emociones: toma, en suma, el aspecto de un catatónico. Debemos agregar a los síntomas señalados (inmovilidad, falta de iniciativa motriz, negativismo, simiotimia, con necesidad de alimentarlo con sonaca gástrica, mutismo total, etc.) el gausmo unmano y tecal, la conservación de las actitudes, la disminución de las reacciones neuro vegetativas y la característica secreción sebacea exagerada de la cara y del cuero cabelludo, habían transcurrido 2 meses, en ese estado invariable, cuando a raíz de ser trasladado a un sanatorio, donde uno de nosotros seguía su asistencia, se encuentra con su padre, a quien no había visto desde su internamiento. Ese contacto origina en nuestro enfermo una reacción ateciva, ansiosa, considerable: pide al padre que no lo abandone, retemenlo junto a él para impedir que se fuera. Durante el mes de Septiembre su mejoría se inicia y adelanta rápidamente: se anima y se viste solo; mira al interlocutor, responde siquiera brevemente, pide volver a su hogar. El 2 de Octubre se le concede el alta, manteniendo siempre la observación. La evolu-

ción de este enfermo ha sido la siguiente: vuelto al ambiente familiar, tuvo unos primeros días difíciles, con manifestaciones en su conducta no perfectamente adecuadas, pero rápidamente se normalizó y al cabo de 3 meses, tuvimos oportunidad de apreciar la restitución a su personalidad anterior: nuevamente afectuoso, activo, interesado en todo, logrando poco después, un puesto en una Institución Bancaria que hasta el momento actual desempeña con toda corrección.

Interrogado sobre el período de inhibición catatónica del que conserva vivos recuerdos, nos refiere que el sentimiento que lo dominaba era el terror. El enfermo dice que estaba paralizado por el miedo; miedo de los que se le acercaban, de los que le hacían alimentación forzada, de los que lo bañaban, etc. Toda aproximación le significaba una sensación de terror, y se esforzaba por evitarla. Creía que sus familiares ya no existían, que estaba solo y abandonado. Expresa haber sufrido lo indecible al creer que todo había concluido para él.

De la simple lectura de los casos expuestos, se desprende, que en su sintomatología, es el elemento inhibición motriz lo que da a esos cuadros el sello particular que los tornan atípicos. Es por consiguiente, la naturaleza y significado de ese elemento anormal, que hay que discutir.

Rechazada la confusión mental, por la persistencia clara y neta de los recuerdos durante el período patológico en cuestión, el primer diagnóstico que surge

a nuestra consideración, es el de estupor melancólico. Nosotros creemos, sin embargo, que tal diagnóstico debe ser descartado, en virtud de la relativa riqueza y vivacidad de la vida psíquica, mental de ambos enfermos. En efecto; durante el período estuporoso, toda la vida psíquica del melancólico gira alrededor de una sola idea; toda su actividad se encuentra polarizada en un solo sentido, absorbida totalmente por una sola preocupación. De ahí, la pobreza de su pensamiento, y su actitud fija y reconcentrada queda a esos enfermos un aspecto tan característico y que lo inhiben e imposibilitan para fijar en su memoria todos los incidentes banales de la vida cotidiana. El melancólico estuporoso, dada la orientación de su actividad mental, no guarda al final de su crisis, un recuerdo ni más vivo, ni más nítido que el confuso, de todo el episodio pasado. Por otra parte, si agregamos a estas consideraciones, los síntomas somáticos y psíquicos que acompañaban a la inhibición motriz, se llega necesariamente a la conclusión que es el diagnóstico de catatonia el que se impone para la designación de aquel episodio.

Pero una vez admitido este temperamento, nos vemos obligados a aclarar el carácter de los episodios psicopáticos sufridos por aquellos dos enfermos. De inmediato surge la idea de la esquizofrenia, pero, a pesar del aspecto alarmante que siempre toma un cuadro catatónico, creemos que, dada la evolución absolutamente favorable sufrida por el proceso patológico no podemos de ninguna manera admitir la naturaleza disociativa de aquel síndrome. Toda la

310

gravedad de los problemas que se plantean con respecto al pronóstico futuro de los cuadros catatónicos, estriba en que, por lo general, se le ha asignado a estos últimos, un carácter tal vez demasiado severo en su significado patológico. El mismo Baruk, que ha sabido distinguir la catatonía de Kalhbaum de la demencia precoz, cree que hay solo una diferencia de grado en aquellos dos procesos, lo cual induce a admitir siempre la misma naturaleza patológica. Sin embargo, no debe darse siempre a la catatonía, un carácter fatal de gravedad, ya que algunos autores como Tamburini, Urstein, Rehim y Lange (citados por Rouart) lo han descrito en el curso de la psicosis periódica sin ningún significado fastidioso para el porvenir del enfermo. Tal vez, el error está en describir los síntomas aisladamente, sin preocuparse de las conexiones que estos tienen con el resto del psiquismo enfermo. Tiene mucha razón Rouart cuando dice: "Un estado psicopático no puede ser reconocido por enumeración de síntomas: estos pueden tener, según los casos, significados muy distintos. Decir de un enfermo que presenta mutismo o gatisimo, no nos enseña nada sobre su personalidad total que puede estar dislocada por un proceso demencial o encontrarse intacta en su dinamismo". (G. Rouart -- "Psychose maniaque depressive et Folies discordantes").

Por tales motivos y teniendo en cuenta las declaraciones de los mismos enfermos, nosotros contemplamos la posibilidad de que la catatonía se presente en esos casos como la expresión de un estado emo-

37

cional vivo e intenso que posee todas las características del terror.

II LA CATATONIA COMO EXPRESION EMOCIONAL

Parecería a primera vista paradójal admitir que tras la máscara fija e inmutable del catatónico, pudiera ocultarse un estado emocional, afectivo o ideico de alguna riqueza e intensidad.

Fué Baruk uno de los primeros que llamó la atención sobre este particular, y sus estudios clínicos y experimentales han demostrado en los cuadros catatónicos puros, no sintomáticos de una demencia precoz, la existencia de una actividad psíquica de relativa vivacidad contrariamente a lo que sugiere su actitud motriz. Las observaciones de aquel autor se refieren a estados que responden, por su aspecto clínico, a los descriptos por Kalhbaum, vale decir, estados de inmovilidad característica, entrecortados por impulsos diversos y que evolucionan por crisis periódicas con intervalos a veces muy prolongados. En esos episodios se destacan "la notable conservación de la memoria durante el acceso", la emotividad de los enfermos mucho mayor que la que aparentan, el sentimiento de imposibilidad de toda acción voluntaria, sentimiento de imposición e influencia, e ideas delirantes vagas de carácter melancólico que surgen durante un estado psíquico semejante al onirismo. El delirio catatónico adquiere, según Baruk, caracteres muy especiales: "si recuerda a veces, por su contenido y sus tendencias, al delirio melancólico, con

370

"REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA,
NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL"

México. — Volúmen V. — N° 27

- Dr. Alfonso Nieto. — "Parálisis faciales".
- Dres. Samuel Ramírez Moreno y Carlos Pavón A. — "Meningoencefalitis tóxica por gas carburo".
- Dr. José Torres Torija. — "¿Debe declararse el paludismo enfermedad profesional?"
- Gustavo Serrano. — "Los enajenados mentales como víctimas de delitos sexuales ante la ley mexicana".
- Abog. Manuel Rivera Silva. — "La pena en la psicoanálisis".

"REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA"

Lima. — Perú. — Tomo I. — N° 3

- Honorio Delgado. — "Psicología general y psicopatología de las tendencias intuitivas."
- J. O. Trelles y H. Morante Febres. — "La prueba del Cardiazol en el diagnóstico de la epilepsia."
- Carlos Gutiérrez Noriega. — "Acerca del origen y mecanismo de las convulsiones producidas por el Cardiazol en los gatos descerebrados".
- P. Anglas Quintana. — "Aspecto neurológico del ataque provocado por el cardiazol en esquizofrénicos".

Revista de Psiquiatría
del Uruguay

377



Organo Oficial de la Sociedad de Psiquiatría

PUBLICACION BIMESTRAL



REDACCION Y ADMINISTRACION

SOC. DE PSIQUIATRIA. HOSPITAL VILARDEBÓ

MILLAN 2515

Núm. 18 — NOVIEMBRE - DICIEMBRE de 1938

COMISION DIRECTIVA DE LA
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA

- Presidente Dr. Elio García Austi
- Vice Presidente Dr. Walter Martínez
- Secretarios Dr. Ángel A. Fascioli
..... Dr. D. Vaghi Mosquera
- Tesorero Dr. Francisco J. Rodríguez

REDACCION DE LA REVISTA

- Dr. Camilo Payssé
- Dr. Ventura C. Darder
- y Comisión Directiva de la S. de Psiquiatría
- Administrador: Ernesto J. D'Antuoni

BROM - CAL DISPERT

Asociación de Polibromuros y Glicerofosfato
de Calcio soluble en forma efervescente.
Tolerancia absoluta. Sabor agradable.
Acción rápida.

**Sedante y Tónico del
sistema nervioso**

Cada cucharada llena de granulado contiene:

Br. Ns.	gr. 0.60
Br. K.	» 0.40
Glicerofosf. Calcio	» 1.00
Excip. efervesc.	c. s.

Tómese en media copa de agua
en plena efervescencia.

Instituto Bioterápico Uruguayo

Av. Garibaldi 2797

Montevideo

Examen Psicológico de un Artista Esquizofrénico,

por el Dr. Alfredo Cáceres

En un estudio realizado en el Servicio del Dr. An-
nio Sicco del Hospital Vilardebó y presentado a las
Jornadas Rioplatenses de Neurología y Psiquiatría de
1934 nos ocupamos, entre otros artistas alienados de
dicho establecimiento, del enfermo H. B. destacando
su fuerte personalidad y algunos de los caracteres
de su obra plástica. El Prof. Santín C. Rossi señaló
en esa oportunidad el interés que tendría el estudio
psicológico más detenido del enfermo y siguiendo
en parte su indicación, hemos llevado a cabo ese
trabajo.

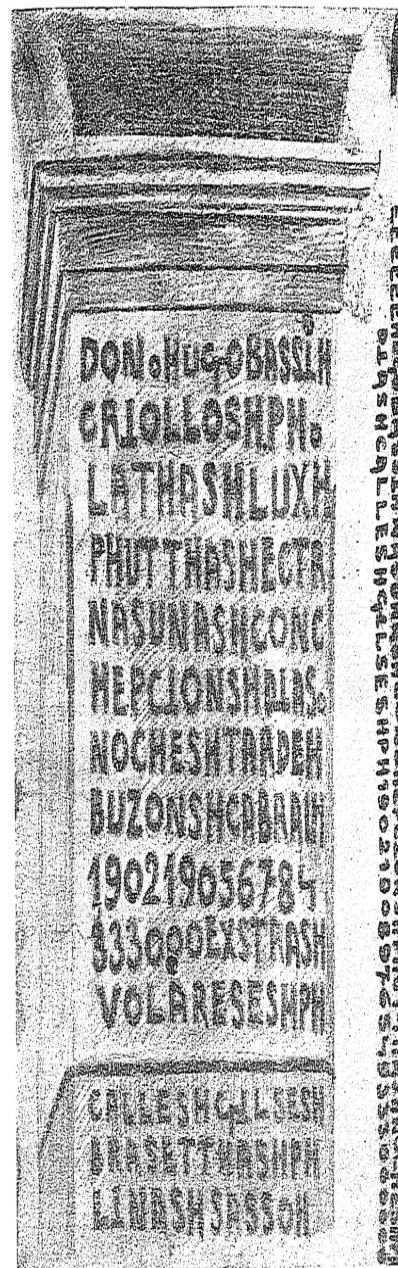
Se trata de un artista clasificado como demente
paranoico y que a pesar de que su enfermedad
lleva más de 15 años de evolución, conserva una
fuerza creadora, en el dominio de la plástica, que
es muy poco común. Su historia, en síntesis, es la
siguiente: Nace en Italia y es hijo de un escultor
"académico" en el sentido que hoy en día se le da
a esa palabra entre los artistas; desde niño H. B.,
muy apegado a su madre, fué desarrollando un com-
plejo de Edipo que el propio Prof. Rossi ya había

observado, según lo manifestó en la reunión científica citada. Buen estudiante H. B. terminó sus estudios de contador y desde muy joven llevó a cabo una experiencia sexual, algo desordenada e intensa, con una mujer cuyo apodo "Nasuna" es lo único que sabemos y eso porque aparece constantemente entre los pocos nombres de mujeres que H. B. inscribe en sus dibujos constantemente. Viene adolescente a Montevideo donde sigue sus estudios de dibujo y escultura, siendo un alumno muy brillante en su academia. En esa época se manifiesta más aún la oposición al padre con el que tenía constantes reyertas que tomaban el carácter aparente de discusiones sobre divergencias en ideas estéticas; pero que adquirirían muchas veces gran violencia.

A los dos años de iniciados sus estudios artísticos (de que damos un dibujo como muestra) presentó los trastornos que determinaron su ingreso y el diagnóstico de Demencia Paranoidea.

Ha persistido durante su internamiento su complejo de Edipo manifestado en una adhesión muy afectiva hacia la madre y la casi ignorancia del padre hasta el punto que afirma de que no es hijo de éste, sino de un imaginario lord inglés.

En la ficha psicológica que hemos realizado, aplicando la técnica de Radecki, destacaremos para abreviar, lo siguiente: Atención concentrada dirigida casi exclusivamente a los siguientes dominios: su última mujer, su oficio de dibujante, su alto valor como artista y su higiene corporal. Imaginación: con representaciones en que se evidencia una excesiva

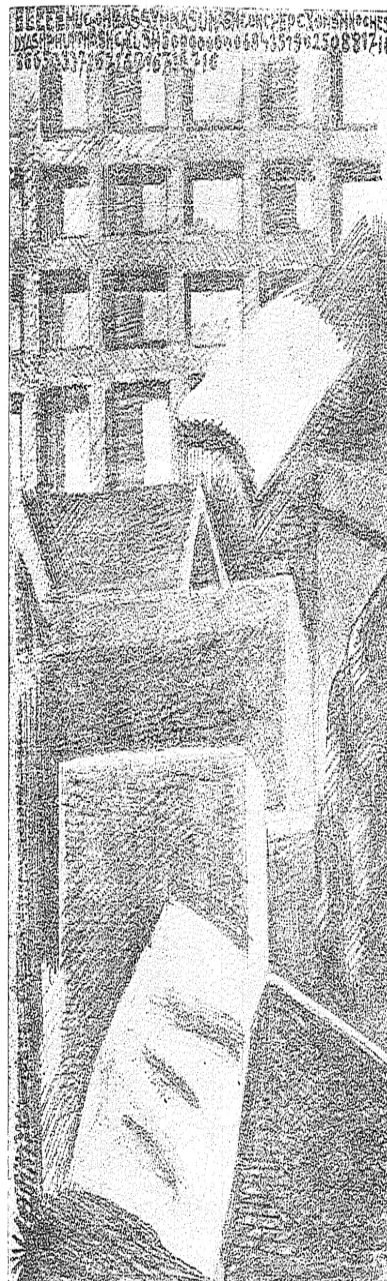


Una de las inscripciones que el enfermo H. B. coloca al dorso de sus trabajos.

40. subjetivización y deformación representativa de las realidades objetivas; Asociación: con subordinación a los intereses afectivos y Juicio: deformado en consecuencia (a veces considera que el médico es un explorador polar, otras veces cree que es un esgrimista, otras veces cree que es un hermano de su última mujer, cree estar en un castillo, etc.)

En el terreno de la vida afectiva destacaremos sus complejos no olvidando con Bleuler que el esquizofrénico no es simplemente un demente sino un demente en relación con determinadas épocas, ciertas constelaciones y ciertos complejos. Encontramos en H. B., ante todo, un complejo de superioridad, egolátrico, que se manifiesta en las iniciales "E. F. E.", que pone al iniciar cada dibujo y que nos ha confesado que quiere decir Excelencia, luego, complejos sexuales que revelan los nombres inscritos por él en cada dibujo de varias mujeres que han sido sus amantes y no olvidado durante más de 15 años, en cada uno de sus dibujos.

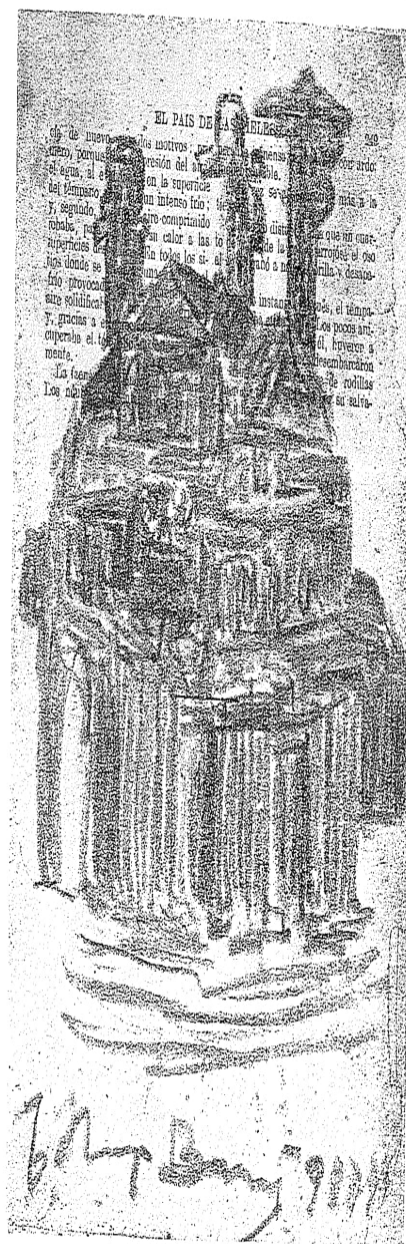
En el estudio de las variantes activas de H. B., debemos señalar su actividad plástica; su modalidad de descarga activa más habitual ha sido durante muchos años el trabajo metódico y constante de reproducir en pequeños trozos de papel cuantas imágenes ha podido captar, sea del ambiente, sea de sus propios ensueños. La capacidad de creación artística que hace notar Vinchon en sus obras sobre arte de alienados, tiene en el enfermo H. B. caracteres poco comunes por la tenacidad y persistencia. Cuando el tema de los trabajos de H. B. es la re-



Una producción coloreada que podría clasificarse de suprarrealista.

producción de las imágenes que discrimina en el ambiente que le rodea, nos encontramos con una situación aparentemente paradójica, por cuanto tenemos un ser a quien su "autismo" de esquizofrénico lleva a alejarse de la realidad que lo rodea actualmente en tanto que otra fuerza, la de sus automatismos de pintor y dibujante, le lleva a tomar los elementos de esa realidad para reproducirlos en sus obras. Consideramos que debe interpretarse que el automatismo es el motor, en este caso, de esa actividad plástica y estamos de acuerdo con lo que Levy Valens y Delan dicen refiriéndose a la actividad poética en una enferma por ellos estudiada, pensando que sus palabras pueden transportarse para este caso de creación artística plástica. Dicen estos autores: "El carácter automático de la inspiración poética no aparece sobre manera evidente en una enferma a quien cuando le preguntamos por qué escribe, nos contesta: "es más fuerte que yo", "me hace bien", "me desahoga". Este proceso automático de la creación artística lo hemos observado también en H. B. y también en otro enfermo (escritor) estudiado en 1934 por nosotros, el cual llegaba a no conocer como suyas las imágenes que acababa de escribir en sus versos.

En lo que se refiere a la durabilidad de la actividad artística durante la enfermedad, H. B. señala también una extraordinaria persistencia; en general, los autores están de acuerdo en que los alienados artistas presentan un período de gran productividad en que su inspiración es muy fecunda tras de la



Un paisaje de H. B. que recuerda ciertas producciones de arte cubista y post-cubista.

cual llega una fase de involución, de embotamiento intelectual demencial, en que el arte se manifiesta en representaciones de la naturaleza sin homogeneidad de composición y en que, como dice Paturel, "los cuadros se agrupan de modo inorgánico, unos tras otros, sin perspectiva, como dibujan los salvajes o los niños". Muy al contrario en H. B. la producción es rica y bien estructurada en todos los casos a pesar de su carácter suprarrealista que como aspecto general adopta casi siempre.

Desde el punto de vista artístico, podemos clasificar la vasta producción de H. B. (más de mil dibujos terminados) en paisajes, retratos, composiciones de carácter erótico y las que podríamos llamar "affiches" por su aspecto decorativo. En los paisajes llama la atención la minuciosidad de la reproducción de los detalles por una parte, y por otra el aspecto frío y muerto de lo reproducido. Nosotros hemos clasificado de "espectrales" sus paisajes y alguien ha creído que podrían servir para ilustrar los cuentos de Hoffmann o Poe.

En las composiciones predominan ciertas figuraciones de objetos tales como llaves, cerraduras, fósforos, serpientes, cofres, etc. que para los freudianos constituirán típicas simbolizaciones sexuales, que llenan esos dibujos y se repiten muy a menudo, lo que no sería de extrañar en el enfermo, que como hemos dicho se caracteriza por sus complejos libidinales. También le daría la razón al Psicoanálisis la utilización de colores por H. B. para colorear sus dibujos: rojo y amarillo que como dice Spengler "son los co-

lores de la materia de la proximidad de las emociones sanguíneas: el rojo es el color de la sexualidad".

En la mayoría de las figuras de H. B. percibimos un elemento que ha caracterizado el arte egipcio y el arte primitivo y que ha señalado Luquet en su importante trabajo titulado. "El realismo intelectual en el arte primitivo", nos referimos a la frontalidad. Esta búsqueda de la frontalidad se percibe en los retratos por la torsión de la cabeza sobre el tronco asociando a veces a un cuerpo de perfil una cabeza de frente o viceversa tal como se ve en los egipcios.

Aparece en H. B. esta frontalización así como otras deformaciones que presenta el arte primitivo y que provienen para Luquet, no de falta de técnica, sino del deseo del artista de dar a las distintas partes de la figura lo que él llama "forma ejemplar", o sea la más significativa para él. No podríamos afirmar que en nuestro esquizofrénico aparezca la citada deformación sistemáticamente por las razones que él atribuye al artista primitivo, pero lo cierto es que aparecen en H. B. otros caracteres del arte primitivo, por ejemplo en dibujos que se observa que ciertos elementos del objeto representado son dibujados a cierta distancia de él aunque para la visión común sean inseparables (lo que ha sido llamado por algunos "elementarismo") y que percibimos en H. B. También en el "realismo intelectual" agrupa Luquet ciertos ejemplos de obras en que el artista queriendo representar un objeto de frente destaca un detalle que sólo puede ser visto desde la parte posterior del objeto

y eso también es comprobable en los dibujos de nuestro enfermo.

Muchas otras semejanzas podríamos señalar entre la producción de nuestro enfermo y el "realismo intelectual del arte primitivo" como lo llama Luquet, pero lo que más llama la atención (y es lo que diferencia en cierto modo al artista esquizofrénico que estudiamos), es que esas manifestaciones que corresponden a un arte primitivo están unidas a otras que corresponden al llamado arte evolucionado con la reproducción de la perspectiva y la tercera dimensión, arte que ya no tiene nada que ver con el arte primitivo. Y es precisamente por esta superposición de elementos tan dispares, que hemos considerado en 1934 a las creaciones de H. B. como más semejantes en general, a las manifestaciones del actual arte suprarrealista que a otro alguno.

Para terminar, debemos recordar las pequeñas inscripciones que acompañan cada dibujo de H. B. compuestas por nombres y números que tienen relación y son la expresión directa, por así decirlo, que todos sus intereses complexivos.

NOTA. — Este trabajo es el extracto de una comunicación presentada al Congreso Sudamericano de Medicina de 1937, realizado en Montevideo.

Contribución al estudio de la Psicopatología funcional.

LAS APLICACIONES DEL SISTEMA
"DISCRIMINACIONISMO AFECTIVO"

por el Prof. Agreg. Dr. Camilo Payssé

(CONTINUACION)

DE LA HISTERIA

Con Charcot nacieron las doctrinas "intelectualistas" de la Histeria. El concepto derribó viejas doctrinas de cuño hipocrático, que, evolucionando, convergieron en la Edad Media y en el Renacimiento a las, para hoy, más que extravagantes "influencias maléficas" productoras de ese estado.

La Histeria, considerada en las postrimerías del siglo pasado como "enfermedad mental" vió así surgir su eficaz comprensión. Mas, dentro de tal concepción, no se aunaron opiniones para la noción incontrovertible.

Aunque algunas ofrecieron una modalidad patológica, es forzoso decir que, no contemplaron las génesis que debieran ser su punto de partida.

7 Referencias bibliográficas

- Ackernecht, E (1979). *Breve historia de la psiquiatría*. Buenos Aires: Eudeba
- Adorno, T. W. (1958a/2013). *Introducción a la dialéctica*. Buenos Aires: Eterna Cadencia.
- Adorno, T. W. (1958 b/2016). *Dialéctica de la ilustración*. Madrid: Akal
- Adorno, T. W. (1959/ 2015). *La Crítica de la razón pura*. Buenos Aires: Las cuarenta
- Allouch, J. (2011). *EL Amor Lacan*. Buenos Aires: El cuenco de plata.
- Allouch, J. (1984). *Letra por letra, transcribir, traducir, transliterar*. Buenos Aires: Edelp.
- Althusser, L. (1989). Ideología y aparatos ideológicos del estado. En: Althusser L. (1989). *La filosofía como arma de revolución*, pp. 102-151. México: Siglo XXI
- Althusser, L. (1994). *Para leer El Capital*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Álvarez, I. (2012). La transferencia un recorrido en la obra de Freud y Lacan. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado 23/4/2015. Disponible en: <https://www.academica.org/000-072/716.pdf>
- Álvarez, J.M., Colina, F y Esteban, R. (2010). *Hyppolite Bernheim*. En: *La Histeria antes de Freud*. Madrid: Edición de Alienistas del Pisuerga
- Agamben, G. (2010). *Signatura rerum. Sobre el método*. Barcelona: Anagrama.
- Aguilar, P. L., Glozman, M., Grondona, A. y Haidar, V. (2014). La evidencia y la investigación con corpora discursivos. Ideología, Interdiscurso, problematización. *VIII Jornadas de Sociología de la UNLP*. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata. Recuperado 28/12/19. Disponible: <https://www.academica.org/000-099/30.pdf>
- Anguerra, B. (1991). Pierre Janet, un contemporáneo de Sigmund Freud. La noción del inconsciente. *Anuario de Psicología*, 50, pp. 99-108. Universidad de Barcelona
- Arteaga Herrera, J; Fernández Sacasas, J. A. (2010). El método clínico y el método científico. *MediSur*, 8 (5), pp. 12-20. Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, (Cuba). Recuperado 28/12/17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098003.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.

- Authier-Revuz, J. (1990) *Heterogeneidades enunciativas*. Cátedra de estudios lingüísticos: Campinas
- Assoun, P. L. (2008). *La Transferencia. Lecciones psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión. Colección Freud Lacan.
- Austin, J.L. (1962). *Como hacer cosas con palabras*. Buenos Aires: Paidós, 1982.
- Avenburg, R. (1998). Hegel y Pinel. *Ricardo Avenburg. Obras completas*. Recuperado 1/3/2018. Disponible en: <http://www.avenburg.com.ar/avenburg/HEGEL%20Y%20PINEL.pdf>
- Baca García, E. y Oquendo M. A. (2009) Diagnóstico y clasificación en psiquiatría. En: Palomo, T y Jiménez Arriero, M. A. ed. (2009) *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad S.A.
- Badiou, A. (2010). *La filosofía y el acontecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Balint, M. (1977). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos.
- Banzato, C. E. M. (2009). Deflating Psychiatric Classification. *PPP*. 16 (1). s.d. Johns Hopkins University Press.
- Banzato, E. M; Dalgarrondo P. y Zorzanelli R. (2016). Realismo e pragmatismo em psiquiatria: um debate. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* 19 (3), pp. 527-543. Recuperado 21/9/2017. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v19n3/1415-4714-rlpf-19-3-0527.pdf>
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos 3. La invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental.
- Barreira, I. (2016). *La concepción de locura en el Ensayo de las enfermedades de la cabeza de Immanuel Kant*. Universidad del Salvador. Recuperado 25/2/18. Disponible en: <http://racimo.usal.edu.ar/4593/>
- Behares, L. E. (2008). Enseñanza-aprendizaje revisados. Un análisis de la “Fantasía” didáctica. En: Behares L. E. (2003-2011). *Saber, Sujeto y Acontecimiento de Enseñanza*. Montevideo, FHCE. Recuperado 11/1/18. Disponible en: <https://eva.udelar.edu.uy/mod/resource/view.php?id=293026>
- Behetti, P., Delgado, G., Gambini, M. y Milán, G. (2014). Subsidios para un estudio histórico- discursivo a partir de casos clínicos: aspectos metodológicos. En: *Anales de las actividades del proyecto Capes-Udelar (durante 2014)*. Campinas: Mercado de letras. (En revisión por Comité Editor).
- Benveniste, E. (1974/ 1999). *Problemas de lingüística general II*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bercherie, P. (1980). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial.

- Bercherie, P. (1996). *Génesis de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Paidós.
- Bermann, G (1936). Heterooperapia en los estados de alienación femenina. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 7-31. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó
- Bernardi, R. (2010). Introducción. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 99 -102. Recuperado el 7/11/2015. Disponible en: <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompleto/audepp/025583272002060210.pdf>
- Berrios G. E. y Porter, R. (2012). As neuroses e os transtornos de personalidade. En: *Uma história da psiquiatria clínica 3*. San Pablo: Escuta
- Bertino M., Bertoni R., Tajam H. y Yaffé J. (2001). *El Desempeño Económico Global: Del Modelo Agro-Expostrador a la Industrialización Sustitutiva de importaciones. La economía uruguaya 1900-1955 (1)*. Montevideo. Instituto de Economía. Recuperado 4/11/2014. Disponible en: <file:///C:/Users/NyV/Documents/Downloads/dt-05-01.pdf>
- Bethell L. (1992). *Historia de América Latina 10. AMÉRICA DEL SUR, c. 1870-1930*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Bissoli, S. (2006). Conceito de transferência nos “Estudos sobre a histeria” (Breuer y Freud, 1895). *Paidéia (Ribeirão Preto)* 16 (33). Ribeirão Preto enero/abr. 2006 (s.d). Recuperado 24/9 /2015. Diponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000100004
- Bleuer, E. (1911/ 1993). *Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen-Hormé,
- Blocq, P. O. (1888). Sur une affection caractérisée par de l’astisie et de l’abasie. En: *Archives de Neurologie*.
- Braustein N. A., Geber D., Orbañanos M.T., Gilling D., Escobar M.G., Saal F., Bicecci M. y Nasio J.D. (2005). La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan. En: *Coloquios de la fundación* (3). México D.F. Siglo XXI.
- Breuer J., Freud S. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. En: *Obras Completas (Vol. II)*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Bruner J (2004) *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa
- Bruno, G. (2000) Notas para una historia del psicoanálisis en el Uruguay. *Revista Querencia* (3). Recuperado: 20/10/2014. Disponible en: www.querencia.psico.edu.uy
- Bumke O. (1924-1946/ 1946). *Nuevo tratado de enfermedades mentales*. Barcelona. F. SEIX

- Butler J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra Universitat de València. Instituto de la Mujer.
- Cáceres A. (1934/ 1936) Manifestaciones artísticas en asilados del Hosp. Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 44-57. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.
- Cáceres A. (1938). Examen psicológico de un Artista esquizofrénico. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, 31-40.
- Cáceres A. (1947) *La evolución de la psiquiatría*. Buenos Aires: Atlántida
- Caetano, G. y J. Rilla (1994). *Historia Contemporánea del Uruguay*. Montevideo: Fin de Siglo.
- Campos, R. (2013). La construcción del sujeto peligroso en España (1880-1936). El papel de la psiquiatría y la criminología. *ASCLEPIO. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 65 (2). Recuperado: 11/2/2018. Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/561/608>
- Casarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 71 (2), pp. 153-163.
- Casarotti H., Garrabé J. y Stagnaro J. (2010). Presentación. En: Chaslin P. (1912/ 2010). *Elementos de semiología y clínica mentales 1*. Buenos Aires: Polemos.
- Castillo D. (2012). Lectura del Seminario 5 de Lacan: El nombre del padre en los capítulos VIII y IX. *Sección Clínica nucep*. Madrid. Instituto del campo freudiano. Recuperado 26/ 12/ 17. Disponible en: <http://nucep.com/publicaciones/lectura-del-seminario-5-de-lacan-el-nombre-del-padre-en-los-capitulos-viii-y-ix/#.WkLJHYjyvIV>
- Catoggio L. M. (2007) Foucault y la hermenéutica: convergencias y divergencias en torno a las prácticas sociales. *En-claves del pensamiento* 1 (1), pp. 121-141. Recuperado 30/12/2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/enclav/v1n1/v1n1a6.pdf>
- Charcot J.M (1882). *Enfermedades del sistema nervioso*. Madrid: Manuel Flores y Pla.
- Charaudeau P. y Maingueneau D. (2006). *Diccionario de Análise do discurso*. San Pablo: Contexto
- Chaslin P. (1912a/2010). *Elementos de semiología y clínica mentales 1*. Buenos Aires: Polemos.
- Chaslin P. (1912b/2010). *Elementos de semiología y clínica mentales 2*. Buenos Aires: Polemos.
- Coleclough E. M. (2016). MIRADA CLÍNICA Y DISCURSO PSIQUIÁTRICO. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos*

- Aires, Buenos Aires. Recuperado (2/1/2018). Disponible en: <https://www.academica.org/000-044/111.pdf>
- Coll O. (2002). La psicoterapia en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* 6 (2). Montevideo. Recuperado el 7/11/2015. Disponible en: <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompleto/audepp/025583272002060210.pdf>
- Coll O. (2008). *Cátedra de Psiquiatría 1908-2008: un siglo de pensamiento psiquiátrico nacional*. Montevideo: Artemisa.
- Courtine J. J. (1981) *Langages. Analyse du discours politique*. S.d. Recuperado 13/11/18. Disponible en: <http://www.magarinos.com.ar/courtine.htm>
- Craviotto A; García Press F; Moraes M; Mórtoia V (2014). Recepción de las ideas freudianas en el Uruguay: cronología y datos para un estudio comparativo. *I Jornada de Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay*. Montevideo.
- Cruz Hernández J; Hernández García P; Dueñas Gobel N. y, Salvato Dueñas A. (2011) Importancia del Método Clínico. *Debate*. Recuperado 28/12/17. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_3_12/spu09312.htm
- Da Cunha Ramos F. A. (2010). Jean-Pierre Falret e a definição do método clínico em psiquiatria *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 13 (2), pp. 296-306. Recuperado 28/12/17. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n2/10.pdf>
- Dagfal A. A. (2013). *1913-2013: A un siglo de "El Psico-análisis" según Janet. Estudios e Pesquisas em Psicologia*. s.d. Recuperado 17/2/17. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000100020
- Darder V. C. (1937). Higiene Mental en la edad crítica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó, pp. 59-65.
- Darder V.C; Touriz H.P. (s.f.). *Bernardo Etchepare*. s.d. Recuperado 04/10/15. Disponible en: http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_22_etchepare.pdf
- De Certau M. (1995). *Historia y Psicoanálisis*. México: Paidós
- De Garbarino M. F. (1988). Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. *Revista uruguaya de psicoanálisis* 68. Recuperado el 7/11/2015. Disponible en: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1980/1688724719886801.pdf>
- Del Barrio V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología* (30), 2-3 (junio-septiembre), 81-90. Recuperado el 4/5/16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3043153.pdf>
- Dewambrechies-La Sagna C. (2013). Clérambault, una anatomía de las pasiones. *Virtualia* 27, 1-14. Recuperado 6/8/16. Disponible en: <http://virtualia.eol.org.ar/027/Clinica-de-la-psicosis/pdf/Clerambault-una-anatomia-de-las-pasiones.pdf>

- Duffau N. (2013). El tratamiento de la “locura” en la obra de José Pedro Barrán a través del análisis de Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900. *REVISTA CULTURA PSI/PSI CULTURES* 1.
- Duffau N. (2015 a) El debate sobre los «locos criminales» en el Uruguay del Novecientos. Análisis histórico de una problemática actual. En: Bardazano G; Corti A; Duffau N. y Trajtenberg N. (comp). (2015) *Discutir la cárcel, pensar la sociedad. Contra el sentido común punitivo*. Montevideo. Trilce. CSIC.
- Duffau N. (2015 b). *Comunicación personal*. Montevideo.
- Duffau N. (2016). Urano, Onán y Venus: La sexualidad psicopatologizada en el Uruguay del Siglo XIX *Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica Rio de Janeiro*. 8 (1), pp. 21-39. Recuperado 11/2/2018. Disponible en: file:///C:/Users/yodam/OneDrive/Escritorio/82-251-1-PB.pdf
- Duffau N. (2019). *Historia de la locura (1860-1911). Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*. Montevideo: Ediciones Universitarias.
- Dunker C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica. Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: ANNABLUME
- Dunker C. I. L. (2015). *Mal-estar, sufrimiento e sintoma*. São Paulo: Estado de Sítio
- Dunker C. I. L.; Paulon C.P. y Milán G. (2016). *Análise Psicanalítica de Discurso. Perspectivas Lacanianas*. São Paulo: Estação das Letras e Cores.
- Dunker C I L. (2017). A Garrafa de Klein como Método para Construção de Casos Clínicos em Psicanálise. En: Dunker C.I.L; Ramirez H. A. y de Carvalho Assadi T.(orgs.). (2017). *A Construção de Casos Clínicos em Psicanálise. Método Clínico e Formalização Discursiva*, pp. 181-232. São Paulo: Coleção Ato Psicanalítico
- Duprat P.D. (1911) Introducción al estudio de la Terapéutica. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 163-180. Montevideo,
- Duprat P.D. (1912). Notas de terapéutica descriptiva. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 25-34. Montevideo
- Duprat. P.D. (1914a). De los Agentes Terapéuticos en general. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 77-107. Montevideo
- Duprat P.D. (1914b) La Psicoterapia. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 159-210. Montevideo.
- Echeverri Gallo C., Álvarez Restrepo A. y Londoño Bernal L.V. (2012). Aspectos subjetivos implicados en la demanda de consulta médica frecuente. *Psicología desde el Caribe*. 29 (2). Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte. Recuperado el 24/09/15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21324851011.pdf>

- Ellenberger H.F. (1974). La vida y obra de Pierre Janet. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 37 (2). Lima, Peru.
- Etchegoyen, H. (2002). *Los fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu. Editores.
- Etchepare B. (1904/ 1929). Locura comunicada entre dos hermanas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 520-543. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.
- Etchepare B. (1913). Desequilibrio mental; hiperestesia é inversión sexual; safismo, hermafroditismo psico-sexual; morfomanía, mitridatización, histeria. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 94-97. Montevideo,
- Etchepare B. (1913). Ceguera histórica. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 113-119. Montevideo.
- Etchepare B. (1921). Memoria correspondiente al año 1921. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 374-376. Montevideo.
- Etchepare B. (1924a/ 1930). Ensueño y alucinación. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 820-840. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó
- Etchepare B. (1924b/ 1930). A propósito de la sordera verbal congénita. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 841-847. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó
- Etchepare B. (1925/ 1926). Sobre Psicoanálisis. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 77-83. Montevideo.
- Etchevers M; González M; M., Sacchetta L.M; Lacoconi C; Muzzio G. y Miceli, (2010). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado 24/09/15 Disponible en: <https://www.academica.org/000-031/197.pdf>
- Ey H; Bernard P. y Brisset Ch. (1965). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Ey H. (1998). *Estudios sobre los delirios*. Madrid: Triacastela.
- Fascioli A. A. (1937) Higiene mental en la adolescencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 23-33. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.
- Fernández A; Behetti P. (2010). Del amor y el deseo en Psicoanálisis. En: *La transferencia, una loca pasión*. Montevideo Yaugurú. (Texto compilado)
- Fernández A. (2011) Uruguay: Terra y el Golpe de Estado de 1933. *De la crisis del 29 al Neobatllismo*. Recuperado el 10/11/2015. Disponible en:

<http://del29alneobatllismo.blogspot.com/p/terra-y-el-golpe-de-estado-de-1933.html>

- Figueroa G. (2014). La bioética en el diván: ¿Puede Freud ayudarnos en los dilemas de la ética médica? *Revista médica de Chile* (132) 12. Santiago. Recuperado el 4/11/2014. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001200015
- Filgueira F., Garcé A., Ramos C. y Yaffé J. (2003) *Los dos ciclos del Estado Uruguayo en el siglo XX. En: El Uruguay del Siglo XX. La política*. Montevideo: EBO.
- Foucault M. (1954/ 2013). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Foucault M. (1964/ 2014). *Historia de la locura en la época clásica II*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Foucault M. (1966 a/ 2001). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault M. (1966 b/1968). *Las palabras y las cosas*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault M. (1969/1991). *La Arqueología del saber*. México D.F: Siglo XXI.
- Foucault M. (1973-1974/2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault M. (1978/2011). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault M. (1979-1980/2011). *Del gobierno de los vivos*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Freire de Garbarino, M. (1988). Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 68. Montevideo.
- Freud. S. (1900). La interpretación de los sueños. En: *Obras completas, Vol. IV*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- Freud, S. (1905 [1901]). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Caso «Dora»). En: *Obras completas, Vol. VII*, pp. 1-108. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud S. (1905 [1904]) Sobre Psicoterapia. En: *Obras completas, Vol. VII*, pp. 243-258. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud. S. (1909). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En: *Obras completas, Vol. XI*, pp. 7- 52. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud. S. (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En: *Obras Completas, Vol. XI*, pp. 129-142. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.
- Freud S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En: *Obras completas, Vol. XII*, pp. 93- 106. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

- Freud S. (1915 [1914]). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). En: *Obras completas, Vol. XII*, pp. 159-174. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- Freud S. (1915). Lo inconsciente. En: *Obras completas, Vol. XIV*, pp. 153-214). Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud. S. (1916-1917). 27. conferencia. La transferencia. En: *Obras completas, Vol. XVI*, pp. 392- 407. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- Freud. S. (1925 [1924]) *Presentación autobiográfica*. En: *Obras completas, Vol. XX*, pp. 1-70. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Furuta Y. (2017). *Clasificación de los verbos del español atendiendo a la configuración de sus argumentos oracionales*. Salamanca. Universidad de Salamanca Departamento de Lengua Española. Recuperado: 25/3/2019. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/135810/1/DEL_FurutaY_VerbosDelEspa%C3%B1ol.pdf
- Gambini, M (2018). Sobre los trazos lingüístico-discursivas de la transferencia. *IV Jornada de Investigación FCPU-19, 20, 21 de Septiembre de 2018*. Facultad de Psicología. Udelar. Disponible en: https://www.academia.edu/37692548/Sobre_las_trazos_ling%C3%BC%C3%A8stico-discursivas_de_la_transferencia
- Gambini M. (2019). *Un estudio del contenido no contenido no conceptual de la percepción y su procesamiento, a la luz de las investigaciones empíricas de Raftopoulos sobre el sistema de visión temprana y algunos aportes de Kant*. Facultad de Humanidades y Ciencias de la educación, Udelar (tesis en proceso de revisión final).
- García Austt E. (1938) Concepto actual de enfermedad mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.
- García Austt E., Agorio R. y Fascioli A. (1938). Estados catatónicos reaccionales a estructuras psicopáticas de carácter emocional. En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 5-41. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó
- García Gutiérrez, A. L. (1984). *Lingüística Documental*. Barcelona: Editorial Mitre. En Vizcaya Alonso D. (2002). *Selección de lecturas de Fundamentos de la Organización de Información*. La Habana. Servigraf. En: Couceiro Arcís D. y Martínez Rodríguez (s.f.). *Análisis documental, análisis de contenido y análisis de información: convergencias y divergencias disciplinares. Influencia de las Ciencias Cognitivas*. Facultad de Comunicación. Universidad de La Habana, Cuba, 1-13. Recuperado: 23/11/15. Disponible en: <file:///C:/Users/NyV/Documents/Downloads/doc.pdf>
- Genette (1966/ 1972), Fronteras del relato. En Barthes, R. et al. *Análisis estructural del relato*, pp. 193-208. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo, 2ª ed.

- Gentilini J H. (s.d.) Del método científico al método clínico. Utilidad de una antigua herramienta. *Psicofisiología.COM.Ar*. Recuperado: 10/8/2016. Disponible en: http://www.psicofisiologia.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=251&Itemid=35
- Gil Ruiz T. y De la Mata J. L. (1982). Raíces filosóficas de la psiquiatría y de la psico(pato)logía. *Izargain*. Colectivo de intervención e investigación en Salud Mental Adimen osasunerako eskuharmen eta ikerketa taldea. Recuperado 19/2/2018. Disponible en: <http://www.joseluisdelamata.com/IZARGAIN-textos/Raices%20filosoficas%20de%20la%20Psiquiatria%20y%20la%20Psicopatologia.pdf>
- Giribaldi A., Castro E. (1901). Informe médico-legal presentado en la causa del homicida A.G. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 23-63. Montevideo.
- Ginés A. M. (2000). Desarrollo y Estado Actual de la Psiquiatría en el Uruguay. *Sitio Médico*. Recuperado 8/11/2015. Disponible en: <http://www.sitiomedico.org/artnac/2000/09/04.htm>
- Ginés A. M (2008). Mercedes. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 107. Montevideo: Publicación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, New York: Aldine de Gruyter
- González C. (1980) De la semiología al análisis del discurso. *Acta Poética* 2, pp. 73-112. Recuperado 22/12/17. Disponible en: <https://revistas-filologicas.unam.mx/acta-poetica/index.php/ap/article/viewFile/682/685>
- Gorbitz A. (1969). *La naturaleza del significado en la comunicación escrita*. Turrialba: Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas de la OEA. Recuperado: 30/12/17. Disponible en: <https://books.google.com.uy/books?id=hugNAQAIAAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Grau, G; Novas, M. y Delgado, G. (2014). Las explicaciones etiológicas en casos de histeria en el ámbito médico-psiquiátrico: etiología, causalidad, desarrollo. *I Jornada de Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay*. Montevideo.
- Grau G. y Milán G. (2016) La transferencia citada textualmente. En: Leite N. y Aires S (orgs). (2016) *Prática da letra, uso do inconsciente* 1, pp. 271-285. Campinas: Mercado de Letras
- Grau G. (2018). *Klein con Lacan. Un estudio discursivo de la recepción de las ideas lacanianas en Uruguay (1955-1982)*. Facultad de Psicología, Udelar
- Guimarães E. (2013). Ler um texto uma perspectiva enunciativa. *Revista da ABRALIN*, 12 (2), 189-205. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) DL-IEL/Labeurb. Recuperado 12/3/2019. Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/abralin/article/view/38246/23341>

- Guimarães E. (2014) *Espaço de enunciação, cena enunciativa, designação. fragmentum*. Recuperado 12/3/2019. Disponible en: <https://periodicos.ufsm.br/fragmentum/article/view/17264>
- Hajer D. (2014). El movimiento psicoanalítico en Uruguay. *La ONDA digital. Revista electrónica de reflexión y análisis*. Recuperado 4/11/2014. Disponible en: <http://www.laondadigital.uy/archivos/2866>.
- Haddad M. I. (2014). La especificidad del concepto de rasgo unario a la altura del seminario IX, *la identificación* (1961-1962) de J. Lacan. Articulación y distinción entre el rasgo unario, el significante, la letra y el nombre propio. *Anuario de Investigaciones* 21. Facultad de Psicología-UBA / Secretaría de Investigaciones. Recuperado: 23/4/2019. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v21n2/v21n2a08.pdf>
- Harari, R. (1999). *Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis de Lacan*. Buenos Aires: Nueva visión
- Hegel, G. W (1805-1806/ 1984). *Mecánica*. En: *Filosofía real*. México D.F.: Fondo De Cultura Económica.
- Hegel, G. W (1807/ 2015). *Fenomenología del espíritu*. Buenos Aires: Fondo De Cultura Económica.
- Hegel, G. W. (1812-1816/ 2013). *Ciencia de la lógica*. Buenos Aires: Las cuarenta.
- Hegel G. W. (1817/1997). *Enciclopedia de las ciencias filosóficas*. México: Porrúa
- Hegel, G. W. (1835/1908). *Estética*. Madrid: Daniel Jorro Ed.
- Heidegger, M. (1936-1938/ 2003). *Aportes a la filosofía. Acerca del evento*. Buenos Aires: Almagesto.
- Hernández, R., Fernández C. y Batista, M. (2010) *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Herreros, G. (2002). Los tres registros de la transferencia. *Acheronta* (diciembre 2002), (16). ISSN 0329-9147. Recuperado 23/12/2017. Disponible en: <http://www.acheronta.org/acheronta16/transferencia.htm>
- Higa, N (s.f). *Charcot: un abordaje a su figura y sus conceptualizaciones sobre la histeria*. S.d.
- Huertas R. (2010) Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swain. Dossier: Enfermedad mental y cultura de la subjetividad (siglos XIX y XX). *Frenia Revista de Historia de la Psiquiatría*. pp. 11-27. Instituto de Historia. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. CSIC – España. Recuperado 7/12/2017. Disponible en: <http://revistaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16501/16342>
- Husserl (1929). *Investigaciones lógicas*. Madrid: Revistas de Occidente.
- Insaurralde L. R.I. (2003) “Formas-escritura” em Pêcheux (81). I Seminário de Estudos em Análise de Discurso (I SEAD). UFRGS, Noviembre, Porto Alegre.

- Recuperado 22/9/19. Disponible en:
<http://anaisdosead.com.br/1SEAD/Paineis/LuciaReginalbanesInsaurralde.pdf>
- Janet P. (1909/2012). Les nevroses. *Affectio Societatis* 9, pp. 17.1-7.
- Janet P. (1920). *The mayor sintoms of hysteria*. New York: Macmillan co.
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 33. En: Pereira M. E. (2017) *Prefacio*, s.d.
- Jhonson, M. I. (1967). *Impercepción auditiva congénita (Sordera verbal congénita)*. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado 5/3/19. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/12036/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1
- Kalpolkas, D. (2012). Pragmatismo, empirismo y representaciones. Una propuesta acerca del papel epistémico de la experiencia. *ANÁLISIS FILOSÓFICO* 28 (2) - ISSN 0326-1301, 281-302. Recuperado 30/12/ 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anafil/v28n2/v28n2a06.pdf>
- Kant, I. (1787/ 2014). *Antropología en sentido pragmático*. Universidad Nacional Autónoma de México: Fondo de Cultura Económica.
- Kant, I. (1783/ 1999). *Prolegómenos a toda metafísica que haya de poder presentarse como ciencia*. Madrid: Ismo.
- Kant, I. (1787/ 2003). *Critica de la razón pura*. Buenos Aires: Losada.
- Kant, I. (1790/ 2012). *Crítica del discernimiento*. Madrid: Alianza.
- Karczmarczyk P. (2012). Discurso y subjetividad. Michel Pêcheux: hacia una teoría de las garantías ideológicas. *VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata "Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las ciencias sociales"*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Recuperado 3/2/18. Disponible en: <http://jornadassocologia.fahce.unlp.edu.ar/vii-jornadas-2012/actas/Karczmarczyk.pdf>
- Kraepelin E. (1912). *Clinical Psychiatry. A Text Book for students and physicians*. London: Macmillan Co.
- Kraepelin E. (1909-1913/1996). *La demencia precoz* 1. Buenos Aires: Polemos.
- Kripke S. (1981/2005). *El nombrar y la necesidad*. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lacan J. (1932/2008). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Buenos Aires: Aguilar.
- Lacan J. (1949/2014). El estadio del espejo como formador del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En: *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan. J. (1957/2005). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En: *Escritos I*. México: Siglo XXI.

- Lacan J. (1957/2009). Intervención sobre la transferencia. En: *Escritos I*. México: Siglo XXI.
- Lacan J. (1957-1958/2011). *El Seminario 5. Las formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan J. (1958-1959/2014). *El Seminario 6. El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan J. (1959-1960/2013). *El seminario 7. La Ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan. J. (1960-1961/2003). *El seminario 8. La Transferencia*. Buenos Aires: Paidós
- Lacan J. (1961-1962). *El seminario 9. La Identificación*. Traducción Ricardo E. Rodríguez Ponte. Recuperado 22/4/2019. Disponible en: <http://www.e-diciones-elp.net/images/secciones/seminario/Seminario%209%20La%20identificaci%C3%B3n.pdf>
- Lacan J. (1963-1964/2005). *El Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan. J. (1969-1970/2010). *El seminario 17. El Reverso del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan. J. (1971/2009). *El seminario 18. De un discurso que no fuera del semblante*. Buenos Aires: Paidós.
- Ladame F. (2001). ¿Para qué una identidad? O el embrollo de las identificaciones y de su reorganización en la adolescencia. *Psicoanálisis APdeBA*. 23 (2), pp. 405-415.
- Lariguet, G. (2014). Ética, giro experimentalista y naturalismo débil. *Estudios de filosofía práctica e historia de las ideas*. 16 (2), pp. 85-98. Recuperado 29/1/2019. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-94902014000200006&lng=es&tlng=es.
- Leal Rodriguez (2009). Análise linguístico-discursiva. *Questões de lingüística E linguagem*. 3. NEAD/UEMS/UFMS/UNICAMP
- Le Gaufey G. (2001). *Anatomía de la tercera persona*. Buenos Aires: Edelp.
- Loayssa Lara j. R., Ruiz Moral R y García Campayo J. (nov. 2009). ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Atención Primaria*. 41 (11), pp. 646-649. España. Recuperado: 24/09/15. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001966>
- Londoño D. E. (2014). La legitimización de la semiología psiquiátrica y su conjunción con los conceptos de “normal” y “patológico”: una visión en la Era de la revolución (siglos XVIII-XIX). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 34 (122), pp. 337-

351. Recuperado 31/12/17. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n122/07original06.pdf>
- López Mendoza R. (2011). El manejo de la transferencia en la psicosis. El secretario del alienado y sus implicaciones. *Acheronta*. Recuperado 21/08/2015. Disponible en: <http://www.acheronta.org/acheronta27/mendonca.htm>
- Louison, D. G.; Peidro, S. (2013) Reflexiones acerca de la identificación y las identidades sexuales. *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Recuperado 26/12/17. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-054/754.pdf>
- Luchese, A. M., Curi Abud C. y De Marco M. A. (2009). *Transferências na formação médica*. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 33 (4), pp. 643-646 . Rio de Janeiro. Recuperado 6/11/2014. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000400015&script=sci_arttext
- Maeser, O. y Sima A M. (2010). Classification in Psychiatry appropriate of the DSM-IV and ICD-10 categories to avoid conflicts and contradictions in practice and science. An investigation in the light of Immanuel Kant's philosophy. *International Congress of the Royal College of Psychiatrists, 21 - 24 June 2010, Edinburgh, UK*. Recuperado 7/12/2017. Disponible en: <http://www.psychiaterpsychotherapie.com/wp-content/immanuel-kant-poster-5-classification-psychiatry.pdf>
- Maingueneau, D. (1989). *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas: Pontes Editores.
- Malán, P. (2017) *Cristiandad muscular y crisis del ethos valdense: Un estudio discursivo del ingreso del deporte a las Uniones Cristianas de Jóvenes de las colonias valdenses del Uruguay (1920-1970)*. Universidad Nacional de La Plata. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Martínez, A. (2015). *Una huida de lo Real. Vuelcos y rupturas de las referencias psicoanalíticas en el pensamiento de Judith Butler*. En: Martínez, A. y Femenías, M. L. (coord.). *Judith Butler: las identidades del sujeto opaco*. La Plata: FaHCE. Universidad Nacional de La Plata.
- Maurano, D. (2006). *A Transferência. Uma viagem rumo ao continente negro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ltda.
- Méndez Huerta, M. (2012). *Saul A. Kripke y UNITYP: el significado de los nombres comunes*. Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Meyer, E., Pietromica, Y., Parodi, R., Carlson, D., Bercoff, E., Acosta, J.M., Ravenna, A. y Greca, A. (2010). *Clínica Médica y Psiquiatría en diálogo: experiencia con un grupo operativo (BALINT)* 1-4.1ra Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica. Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario, Rosario - Santa Fe -. República Argentina. *Clínica-UNR.org*. Recuperado: 4/6/16. Disponible en: <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/a85bf0Meyer.pdf>

- Milán Ramos, G y García, F. (2017). “Um Caso de Mutismo”: Cura, Palavra, Poder (Uruguay, 1925). En: Dunker C.I.L; Ramirez H. A. y de Carvalho Assadi T.(orgs.). (2017). *A Construção de Casos Clínicos em Psicanálise. Método Clínico e Formalização Discursiva*, pp. 233-260. São Paulo: Coleção Ato Psicanalítico.
- Miller, J.-A. (1988), A propósito de los afectos en la experiencia analítica. En: *Matemas, II*, Buenos Aires: Manantial.
- Mira Y López, E. (1924/ 1940). Estado actual del concepto de las psiconeurosis. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 25-58. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó,
- Mira Y López, E. (1940). Teoría y práctica del psicoanálisis. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 47-56. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó
- Mira Y López, E. (1935/ 1946). *Psiquiatría I*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Moliner, P. (2015) Charcot, el trabajo y la “histeria viril”: Una relectura de *las Leçons du mardi* (Lecciones del martes) desde la psicodinámica del trabajo. *Rev. Arg. de Psiquiat.* 25, pp. 453-460. Recuperado 5/3/2019. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2017/08/MOLINIER-Charcot-Argentin.-histeria-viril.-pdf.pdf>
- Morelli, J.B. (1899). Un caso de Astasia-abasia. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 257-262. Montevideo
- Motta, C.G. (2003 a). La posición Lacan: deseo del analista. *Imago Agenda* 72. Argentina. Recuperado 24/9/15. Disponible en: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=749>
- Motta, C. G. (2003 b). La posición Lacan: deseo del analista (2º parte). *Imago Agenda* 74. Argentina. Recuperado 24/9/15. Disponible en: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=697>
- Murgía, D. y Soisa Larrosa, A. (1987). Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 169-179.
- Navarro, F. A. (1938) Conferencia Sobre Psicoanálisis. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 3-37. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó,
- Novella, E. J. (2002). Tendencias. Psiquiatría y Filosofía: un panorama histórico y conceptual. *Frenia* 2, pp. 7- 31. Recuperado: 19/2/18 Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/frenia/2002/fasciculo-2/007-psiquiatria-y-filosofia-un-panorama-historico-y-conceptual.pdf>
- Nos, J. (1995) La escuela norteamericana de la psicología del yo. *Anuario de Psicología*. 67, Barcelona. Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona. Recuperado: 5/6/16. Disponible en: <https://www.google.com.uy/search?q=Nos+J.+1995+La+escuela+norteamericana+de+la+psicologia+del+yo.&oq=Nos+J.+1995+La+escuela+no>

rteamericana+de+la+psicolog%C3%ADa+del+yo.&aqs=chrome..69i57.911j0j7
&sourceid=chrome&ie=UTF-8

- Orlandi, E.P. (2005). *Michel Pêcheux e a Análise de Discurso. Estudos da Língua (gem)*, 1, pp. 9-13. Recuperado de: <http://estudosdalinguagem.org/ojs/index.php/estudosdalinguagem/article/view/4/3>.
- Paulon, C. (2017). *Introduzindo o conceito de narrativa em psicanálise: sobre um operador comparativo para o estudo de casos clínicos*. São Pablo: Universidade de São Pablo.
- Payssé, C. (1910) Una fuga histórica. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 414-419. Montevideo.
- Payseé, C. (1920) De los métodos en Psicología y de sus aplicaciones en Psiquiatría. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 61-88. Montevideo.
- Payssé, C. (1934/1935). El psicograma del psicópata. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 3-25. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó
- Payssé, C. (1936) Psicogénesis de un parricidio. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 34-70. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.
- Payssé C. (1937). La higiene mental en la infancia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 35-40. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó
- Pêcheux, M. (1969/ s.f.). *Las condiciones de producción del discurso*. Trad. Del Coto. Recuperado 10/1/2018. Disponible en: <http://www.filo.uba.ar/contenidos/carreras/letras/catedras/sociolingüística/sitio/Pêcheux.pdf>
- Pêcheux, M. (1975/2016) *Las verdades evidentes*. Buenos Aires: Centro Cultural de la cooperación Floreal Gorini
- Pêcheux, M. (1978). *Hacia el análisis automático del discurso*. Madrid: Gredos
- Pêcheux, M. (1980/ 2016). Abertura do colóquio. En B. Conein, J. J. Courtine, F. Gadet, J. M. Marandin, & M. Pêcheux (Eds.), *Materialidades discursivas*, pp. 23–29. Campinas: Editora da Unicamp.
- Pêcheux, M. (1982). Delimitações, inversões, deslocamentos. *Cadernos de estudos lingüísticos* (1990). 19. Campinas: UNICAMP/IEL, 1-179.
- Pêcheux M. (1983a). Á análise de discurso: três épocas. En Gader F.y Hak T (orgs). *Por uma Análise automática do discurso. Uma introdução á Obra de Michel Pêcheux*. Campinas: Editora da UNICAMP.
- Pêcheux, M. (1983b/2006). *El discurso: ¿estructura o acontecimiento?* Trad. Karczmarczyk.

- Pêcheux, M. (1984). Metáfora e interdiscurso. En: Orlandi E.P. (2011). *Análise De Discurso. Michel Pêcheux, Textos escolhidos*. São Pablo. Campinas: Pontes
- Pêcheux, M. (1988/ 2014). Só há causa daquilo que falha ou o inverno político francês: início de uma retificação. En *Semântica e discurso. Uma crítica à afirmação do óbvio*, pp. 269–281. Campinas: Editora da Unicamp).
- Pêcheux, M., & Fuchs, C. (2014). A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. En F. Gadet & T. Hak (Eds.), *Por uma análise automática do discurso: uma Introdução à Obra de Michel Pêcheux*, pp. 159-249. Campinas: Editora da Unicamp. (Trabajo original publicado en 1975).
- Pêcheux, M. (2016). Abertura do colóquio. En B. Conein, J. J. Courtine, F. Gadet, J. M. Marandin, & M. Pêcheux (Eds.). *Materialidades discursivas*, pp. 23–29. Campinas: Editora da Unicamp. (Texto original de 1980).
- Peirce C. S (1974). *La ciencia de la semiótica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pellicer García, L. (2010). Análisis lingüístico del significado del nombre propio en la teoría descriptiva. *Tonos. Revista Electrónica de Estudios filosóficos*. 19. Recuperado 5/3/2019. Disponible en: <https://www.um.es/tonosdigital/znum19/secciones/estudios-18-propio.htm>
- Pereira, M. E. (1998). O naturalismo psiquiátrico. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. 1 (2), pp. 189-191. São Paulo
- Pereira, M. E. (2007). Griesinger e as bases da “Primeira psiquiatria biológica”. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. 10 (4), pp. 685-691. São Paulo, Recuperado 30/11/19. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v1n2/1415-4714-rlpf-1-2-0189.pdf>
- Pereira, M. E. (2009). Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* 12 (1), pp. 161-166. São Paulo,
- Pereira, M. E. (2014). A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 24 (4), pp. 1035-1052. Rio de Janeiro,.
- Pereira, M. E. (2017a). *Comunicación personal en Facultad de Psicología*, Udelar.
- Pereira, M. E. (2017 b). *Freud, o sujeito da psicopatologia e o futuro da psiquiatria*. s.d.
- Pereira, M. E. (s.f.) *Prefácio*. s.d. Texto inédito aportado por el propio Mario Eduardo Pereira.
- Pérez Gambini, C. (1999). *Historia de la Psicología en el Uruguay*. Montevideo: Arena.
- Pérez Pastorini, V. (1925) Un caso de mutismo. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 100-103. Montevideo

- Peters, U. H. (2010). El siglo de la psiquiatría alemana ¿Cómo comenzó y como finalizó? *Persona* 13. ISSN 1560-6139, pp. 99-110. Lima: Universidad de Lima. Recuperado 31/12/17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147118178001.pdf>
- Pichot P. (1996). *Un siglo de psiquiatría*. Madrid: Triacatela.
- Pinel, P. (1801/1804). *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma, o manía*. Madrid: Imprenta Real.
- Quine, W.V. (1960/ 1968). *Palabra y Objeto*. Barcelona: Labor S.A.
- Quine, W. V. (2000). Yo, usted y ello: Un triángulo epistemológico. En: Orenstein A; Kotatko P. (Eds). (2000). *Knowledge, Language and Logic: Question for Quine*. Kluwer Academic Publishers, pp. 1-6.
- Radecki, W. (1935) Psicología de la alucinación. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.
- Raitzin, A. (1930). Gimnasia, deportes y juegos de la Terapéutica Psiquiátrica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 758-777. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó,
- Ramón Vega Ávila, J (2006). *Freud en los comienzos*. Madrid: Plaza y Valdés.
- Real Academia Española. (2010). *Nueva gramática de la lengua española. Manual*. Barcelona: Asociación de Academias de la Lengua Española
- Regis, E. (1887/1911). *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Saturnino Calleja Fernández.
- Reyes-Ortiz, C.A; Gheorghiu S. y Mulligan T. (1998). Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano. *Colombia Médica* 29 (4). Recuperado el 24/9/15. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/pruebas/colombiamedica_new/index.php/comedica/article/view/105/104
- Rigoli, J. (2001). *Lire le délire. Aliénisme, Rhétorique et littérature en France au XIX*. Lyon: Fayard.
- Rodríguez F. J. (1936). Sobre un caso probable de Enfermedad de Pick, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 11-18. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó
- Rodríguez Ponte R.E. (1999). *El "Banquete" de Lacan. Una puntuación de la primera parte del seminario sobre "La Transferencia"*. Recuperado: 15/7/2015. Disponible en: <http://www.efba.org/efbaonline/rodriguezp-07.htm>
- Rouse H. (2018). "Tratar al nombre propio como un nombre común": Lacan precedido por Joyce. *NODVS*, pp. 1-11. Recuperado el 30/11/ 19. Disponible en: <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/arxiupdf.php?idarticle=628&rev=70>
- Rossi. S. C. (1916) Contribución al estudio del Psico-análisis. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 725-729. Montevideo.

- Rossi S.C. (1917). El traumatismo en psiquiatría. En: Barrán. J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos* 3, pp. 502-537. Montevideo: Banda Oriental, 129.
- Rossi. S. C. (1926). *Consideraciones bioquímicas sobre el Freudismo*. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 69- 76. Montevideo.
- Russell, B. (1911). Knowledge by acquaintance and knowledge by description. *Proceedings of the Aristotelian Society* 11, pp. 200-221.
- Russell, B. (1912). *The Problems of Philosophy*. Londres: William y Norgate.
- Russell, B. (1918-1919). The philosophy of logical atomism. *The Monist*, pp. 28 - 29, 75-282.
- Saurí, J. J. (1996). *El naturalismo psiquiátrico*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Schiaffino, (1937). La Higiene Mental en la escuela. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 67-75. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó
- Sicco A. (1925). Falso crup neurósico. *Revista Médica del Uruguay*, pp. 100-104. Montevideo.
- Sicco A. (1936). Neurosis de angustia por Varicocele. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 5-13. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó
- Sicco, A. (1937). Plan de profilaxis mental (La lucha contra las enfermedades mentales. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 15-22. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó
- Sisto V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa. *Psicoperspectivas. Cl. Individuo y sociedad* 7, pp. 114-136. Recuperado 25/11/2015. Disponible en: http://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/76299/mod_resource/content/2/Sisto_Vice_nte.pdf
- Soler, C. (2010). *El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan*. S. d. Recuperado: 20/3/19. Disponible en: <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesoler-elcuerpoenlaensenanzadejacqueslacan.pdf>
- Soto, F. C. (2015). Los afectos como efectos del lenguaje sobre el cuerpo: de las pasiones de Aristóteles a los afectos en la teoría psicoanalítica de Freud y Lacan. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía* 65, pp. 119-132
- Straulino Torre, S. (2016). La noción kantiana de verdad trascendental. *Revista Estudios Kantianos* 1 (2), pp. 126-145. Recuperado 10/10/2019. Disponible en: <https://ojs.uv.es/index.php/REK/article/view/8809/pdf>

- Sullivan, H.S. (1944-1947/ 1969). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique.
- Terriles, R. y Hernández, S. (2014). Algunas reflexiones sobre la concepción del sujeto y la epistemología en el Análisis del Discurso de Michel Pêcheux, *Décalages* (1) 4, pp. 1-37. Recuperado 29/12/19. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/54682/CONICET_Digital_Nro.c9309c85-48af-464e-98e7-68feca1750b2_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Turnes Lucha, A. L. (2005). Cien años de dactiloscopia en el Uruguay. *Suplemento Derecho Médico*. Recuperado: 04/10/15. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/morelli.pdf>
- Turnes Lucha, A. L. (2004). Juan B. Morelli. *En la historia de la Medicina uruguaya*, pp. 1-10. Recuperado: 04/10/15. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/morelli.pdf>
- Todorov, T. (1978/ 1996). *Los géneros del discurso*, Caracas, Monte Avila Ed.
- Ulnik, J. C. (2008). El médico, el Psicoanalista y lo Psicosomático. *Subjetividad y Procesos Cognitivos* 11, pp. 193-210. Buenos Aires: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES.)
- Vallejo, M. y Miranda M. (2004). Los saberes del poder: Eugenesia y Biotipología en la Argentina del siglo XX. *Revista de Indias* 66 (231), pp. 425-444. Recuperado 28/1/19. Disponible en: <http://revistadeindias.revistas.csic.es/index.php/revistadeindias/article/viewFile/547/614>
- Vallejo M. (2011). Impacto de la medicina de la higiene en el alienismo francés de la primera mitad del siglo XIX. *Anuario de investigaciones* 18. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, pp. 225-236. Recuperado, 28/1/19. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v18/v18a78.pdf>
- Vaz Ferreira C. (1938/ 1941). *El psicoanálisis desde el punto de vista médico legal*. Montevideo: Bib. de Publ. Ofic. de la Fac. de Derecho y Ciencias Sociales/ Imp. Peña y Cía.
- Vitale, A. (2004) *El estudio de los signos: Peirce y Saussure*. Buenos Aires: Eudeba
- Zizek (1989/ 2003): *El sublime objeto de la ideología*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Zorzanelli, R., Dalgalarrodo, P., Banzato, C. E. M. (2016). Realismo e pragmatismo em psiquiatria: um debate. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, (19) 3, pp. 527-543. Recuperado 28/09/17. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v19n3/1415-4714-rlpf-19-3-0527.pdf>

“Busca el conocimiento y la ciencia desde la cuna hasta la tumba”

Provérbio árabe.

