

Revisión historiográfica

Implantación de ideas psicoanalíticas en el campo psicoterapéutico uruguayo (1930-1960)¹

GONZALO GRAU-PÉREZ, MARÍA GABRIELA DONYA, LUCAS CABRERA, GIMENA HERNÁNDEZ, FLORENCIA RIGAUD, ROSSINA YULIANI, GUILLERMO MILÁN

GONZALO GRAU-PÉREZ
Magister en Psicología Clínica.
Universidad de la República
(Udelar).
Montevideo, R. O. del Uruguay.

MARÍA GABRIELA DONYA
Licenciada en Psicología.
Universidad de la República
(Udelar).
Montevideo, R. O. del Uruguay.

LUCAS CABRERA
Licenciado en Psicología.
Universidad de la República
(Udelar).
Montevideo, R. O. del Uruguay.

GIMENA HERNÁNDEZ
Licenciada en Psicología.
Universidad de la República
(Udelar).
Montevideo, R. O. del Uruguay.

FLORENCIA RIGAUD
Licenciada en Psicología.
Universidad de la República
(Udelar).
Montevideo, R. O. del Uruguay.

ROSSINA YULIANI
Licenciada en Psicología.
Universidad de la República
(Udelar).
Montevideo, R. O. del Uruguay.

GUILLERMO MILÁN
Doctor en Lingüística.
Universidad de la República
(Udelar).
Montevideo, R. O. del Uruguay.

FECHA DE RECEPCIÓN: 27/09/2022
FECHA DE ACEPTACIÓN: 09/11/2022

CORRESPONDENCIA
Mag. Gonzalo Grau-Pérez.
Universidad de la República,
R. O. del Uruguay;
gongrau@gmail.com

Al igual que en la mayoría de los países de América Latina, en Uruguay el psicoanálisis ha tenido históricamente una influencia determinante en las prácticas psicoterapéuticas. Este estudio investigó, desde una perspectiva discursiva, la implantación de las ideas psicoanalíticas en el campo psicoterapéutico uruguayo durante el período comprendido entre 1930 y 1960. El corpus de materiales discursivos —construido a partir de revistas especializadas (*Archivos de Pediatría del Uruguay*, *Revista de Psiquiatría del Uruguay* y *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*) y libros publicados en la época— permitió caracterizar dos modalidades diferenciadas de recepción de estas ideas. Asimismo, y a partir de la identificación de acciones psicoterapéuticas e indicadores de eficacia, se analizaron diferentes modos en que los conceptos y nociones psicoanalíticas determinaron la orientación de los tratamientos. Los resultados aportan insumos para comprender mejor el alcance que estas ideas han tenido históricamente en el campo psicoterapéutico, al tiempo que se arroja luz sobre el papel que desempeñan en la actualidad.

Palabras clave: Psicoanálisis – Psicoterapia – Recepción – Uruguay – Análisis del discurso.

Implantation of Psychoanalytic Ideas in the Uruguayan Psychotherapeutic Field (1930-1960)

In Uruguay and in almost all of Latin America, psychoanalysis has historically had a strong influence on psychotherapeutic practices. Based on discourse analysis, this research addresses the implantation of psychoanalytic ideas in the Uruguayan psychotherapeutic field during the period between 1930 and 1960. The corpus was built from scientific journals (*Archivos de Pediatría del Uruguay*, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*) and books published at the time, and shows different modes of reception of psychoanalytic ideas. In addition, and based on the identification of psychotherapeutic actions and efficacy indicators, different ways in which psychoanalytic notions and concepts determined treatments orientation were analyzed. The results allow a better understanding of the scope that psychoanalytic ideas have had historically in the psychotherapeutic field, while shedding light on the role they play today.

Keywords: Psychoanalysis – Psychotherapy – Reception – Uruguay – Discourse Analysis.

¹ Este trabajo se inscribe en el proyecto I+D “Constitución de las prácticas psicoterapéuticas en el Uruguay: acción psicoterapéutica, transformación subjetiva y social (1930-1960)”, financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República en 2018 y ejecutado en el período 2019-2020.

Introducción

Tanto en Uruguay como en la región, el psicoanálisis ha tenido históricamente una notable influencia en la psiquiatría y en la psicología, hasta el punto que, en el campo psicoterapéutico, continúa siendo la corriente predominante en varios países. Sin embargo, la formación de la clínica psicoanalítica en el Uruguay —sus avatares históricos, sus puntos de inflexión, sus encrucijadas teóricas— ha sido escasamente investigada. Durante el período comprendido entre 1930 y 1960, las ideas psicoanalíticas alcanzaron una amplia difusión en el mundo médico e intelectual uruguayo, y también, en la cultura popular.² Se las puede encontrar en diversos campos (psicoterapéutico, pedagógico, jurídico), al tiempo que son utilizadas con distintos fines. Dentro del campo psicoterapéutico —en el que se centra este trabajo— el psicoanálisis acabó por convertirse en una de las corrientes más influyentes (si no la más) de aquel momento. Con todo, las ideas psicoanalíticas despertaron muy diversas opiniones en el ambiente médico; mientras que algunos resaltaban su valor y originalidad, otros planteaban fervientes críticas.

En este trabajo analizamos —desde un enfoque discursivo— los diferentes modos en que estas ideas se implantaron en el campo psicoterapéutico del Uruguay, así como sus efectos en las prácticas clínicas. Existen numerosos trabajos sobre la recepción de las ideas psicoanalíticas en diferentes países de la región, tales como Argentina [10, 22, 26, 34, 42], Brasil [12], Chile [5, 38] y Uruguay [3, 4, 6, 8, 9, 19, 27, 33], por poner algunos ejemplos. Sin embargo, existen pocos estudios que aborden el problema desde un enfo-

que discursivo, que muestre los diferentes entrecruzamientos, compromisos, hibridaciones, diferenciaciones y antagonismos producidos a partir de la recepción de estas ideas, así como las distintas orientaciones terapéuticas que se configuraron a partir de allí. Esto podría aportar insumos para comprender mejor el impacto que las ideas psicoanalíticas han tenido históricamente en el campo psicoterapéutico, al tiempo que se arroja luz sobre el papel que desempeñan en la actualidad.

Metodología

Nuestra principal referencia metodológica se localiza en la tradición de estudios discursivos iniciada en Francia por Michel Pêcheux, e incorporamos, al mismo tiempo, aportes del método arqueológico (Foucault). A partir de allí, construimos un corpus de datos haciendo uso de diversas fuentes: *Archivos de Pediatría del Uruguay*, *Revista de Psiquiatría Del Uruguay*, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* y libros publicados en la época. En el relevamiento de fuentes no se aspiró a una perfecta exhaustividad, sino a que se pudieran identificar y caracterizar fenómenos o procesos discursivos regulares.

Para analizar los efectos de las ideas psicoanalíticas en las prácticas clínicas, examinamos distintos casos clínicos empleando dos operadores de análisis: *acciones terapéuticas* e *indicadores* (o criterios) *de eficacia*. Para identificar acciones terapéuticas tomamos en cuenta lo que los terapeutas efectivamente hacen, independientemente de la orientación teórica con la que se identifiquen explícitamente y de la técnica terapéutica que declaren haber utilizado.³ Atendimos con especial énfasis ciertas construcciones lingüísticas-discursivas, aquellas en las que aparece un verbo conjugado en primera persona (por lo general en pretérito perfecto simple) expresando una acción dirigida al paciente o a su familia.⁴ Estas construcciones

² Las ideas freudianas comienzan a circular en Uruguay en la década de 1910, en el ámbito médico-psiquiátrico (en el año 1900 Luis Morquio realiza una mención a Freud, pero en relación a sus trabajos de neurología [31]). Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi, los principales referentes de la psiquiatría nacional de ese momento, fueron los primeros en introducirlas en su práctica clínica. Estas ideas, rápidamente traducidas y asimiladas al cuerpo doctrinal de la psiquiatría de la época, no produjeron un verdadero cambio en la práctica clínica [cf. 15, 36]. Además, la simpatía inicial por el psicoanálisis fue seguida de una vehemente oposición; durante la década de 1920, tanto Etchepare como Rossi se convirtieron en fervientes críticos de Freud [cf. 16, 37].

³ Empleamos «acción terapéutica» de forma laxa, de tal modo que podamos incluir allí todas las intervenciones que el terapeuta realiza con el fin de producir un efecto o de orientar el tratamiento en determinado sentido.

⁴ Para identificar acciones terapéuticas, nos inspiramos en el trabajo realizado por Gambini [20] sobre la psiquiatría uruguaya de la primera mitad del siglo XX.

indican los momentos en los que el terapeuta interviene en el caso, introduciéndose en la escena y relatando su accionar: «le dije...», «le expliqué...», «le interpreté...», «le aconsejé...», «le ordené...», etc. Evidentemente, se pueden inferir acciones terapéuticas sin tener en cuenta estos elementos, y de hecho, no nos hemos restringido a ellos.⁵

En cuanto a los *indicadores de eficacia*, tomamos en cuenta aquellos elementos que, en cada caso clínico, son juzgados como signos de éxito, fracaso o detención del tratamiento. Por ejemplo: «el tratamiento fue un éxito; el paciente consiguió salvar todos sus exámenes, mantener su trabajo y recomponer su matrimonio». Es un operador de análisis especialmente útil al momento de identificar las metas y fines del tratamiento.

Una última aclaración: ninguna acción terapéutica en sí misma, así como ningún indicador de eficacia, puede leerse aisladamente del contexto discursivo del caso. En realidad, una misma acción terapéutica puede responder a diferentes orientaciones, y lo mismo vale para los indicadores de eficacia. Evidentemente, sería un error suponer que una afirmación como «le interpreté...» es un indicio inequívoco de una práctica psicoanalítica, o que afirmaciones del tipo «lo convencí...» o «le expliqué...» indicarían una terapia esencialmente sugestiva. Con todo, al colocar las diferentes acciones terapéuticas e indicadores de eficacia en serie se puede dar cuenta de cierta tendencia u orientación general.

Resultados

Dos modalidades de recepción de las ideas psicoanalíticas

Cuando se realiza una primera aproximación al corpus que hemos construido (a partir de casos clínicos y textos teórico-doctrinales), se tiene la impresión de que el psicoanálisis habría pasado de un primer momento de asimilación de las ideas freudianas en el ámbito

médico-psiquiátrico a una progresiva autonomización, que encontraría su máxima expresión con la fundación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) en 1955. Pero esta es, en verdad, una representación inexacta. Sería más conveniente referir a dos modalidades diferenciadas de recepción de las ideas psicoanalíticas, o mejor, dos procesos discursivos (relativamente independientes) a través de los cuales se materializan estos dos modos de recepción.

En el ámbito médico-psiquiátrico, estas ideas parecerían ser absorbidas rápidamente e insertadas en la doctrina, coexistiendo allí con referencias teóricas y técnicas terapéuticas heterogéneas. Las diferentes nociones psicoanalíticas son leídas y utilizadas de forma pragmática y ecléctica, y no conducen necesariamente a una revisión crítica de la práctica médica-psiquiátrica preexistente y de sus fundamentos teóricos o epistemológicos. A este proceso discursivo lo llamamos *asimilación*. Por otro lado, se puede identificar una modalidad diferente de recepción del psicoanálisis, que tiene como eje la figura de Pérez Pastorini —considerado el auténtico pionero de la práctica psicoanalítica en Uruguay— y sus colaboradores.⁶ Esta modalidad se caracteriza por un movimiento de *autonomización* del psicoanálisis respecto de la psiquiatría y de otras prácticas psicoterapéuticas. Este movimiento, que recibe influencia de la *Asociación Psicoanalítica Argentina* (APA), desemboca en la fundación de la APU, institución que se caracterizó —hasta la década de 1970— por una tendencia kleiniana dominante (fenómeno característico de la región durante aquella época). Si bien la autonomización parecería constituirse progresivamente, debe tenerse en cuenta que estos dos procesos discursivos (asimilación y autonomización) se superponen, divergen y se difractan sin reflejar la linealidad o el desarrollo del tiempo cronológico, la unidad de la autoría, e incluso, la unidad o coherencia de un mismo texto. Colocar el eje del proceso de autonomización en la figura de Pérez Pastorini y en quienes se formaron

⁵ En la forma de análisis del discurso que llevamos adelante no existe ningún procedimiento que se pueda aplicar de manera estandarizada y automática. Las construcciones lingüísticas-discursivas referidas fueron tomadas apenas como una guía u orientación de lectura.

⁶ El Dr. Valentín Pérez Pastorini se formó como psicoanalista en Buenos Aires, donde se analizó con Ángel Garna y supervisó sus tratamientos con Enrique Pichón Riviére y Celes E. Cárcamo [19].

junto a él no implica reducirlo a ellos. Asimismo, en textos de Pérez Pastorini también se podrían identificar procesos de asimilación del psicoanálisis a la psiquiatría. Siguiendo un principio metodológico propuesto por Foucault [17], trabajamos la asimilación y la autonomización como procesos discursivos relativamente independientes de unidades tales como autor, obra, época, ámbito o texto.

No estamos aquí ante una cuestión puramente histórica. En la actualidad podemos encontrar procesos similares. Prácticas psicoanalíticas que funcionan como un campo autónomo y prácticas en las que las ideas psicoanalíticas están «asimiladas». En éstas últimas, parecen funcionar apenas como una herramienta, o como una referencia teórica más entre otras diversas. En estos casos, el psicoanálisis funcionaría más como técnica que como método; lo vemos hoy en algunas prácticas de la psiquiatría, y, fundamentalmente, de la psicología.

A continuación, presentamos varios ejemplos (algunos in extenso) del primer proceso discursivo que hemos identificado, aquel que muestra una forma de *asimilación* del psicoanálisis al ámbito médico-psiquiátrico:

(1)

De esta manera, el niño se ha distanciado del padre, al cual considera casi como un ser extraño y, al mismo tiempo, como un rival. La autoridad paterna no existe en este hogar desolado, robusteciendo las “afinidades electivas” poderosas de la madre hacia el hijo único, varón y recíprocamente (complejo psico-sexual de Edipo). (...)

Estando el niño aislado, en el Sanatorio, tuvo ocasión de oírme hablar por radio sobre la doctrina de Freud y el psicoanálisis y cuando oyó mi exposición sobre el Complejo de Edipo (amor incestuoso del hijo varón, por la madre), el enfermito me reconoció y le dijo a la enfermera: “Pero lo que dice el doctor yo lo siento por mi mamá”.

(...)

La “anorexia mental” que ha presentado este niño, responde a una especie de “huelga de hambre” de carácter sub-con-

ciente, exteriorización de complejos psico-sexuales o afectivos, que la “censura” solo logra disfrazar: el niño se “negaría a comer” para interesar más profundamente a la madre.

(...)

Le he hecho ver a la madre que otra de las consecuencias lejanas que puede acarrear el Complejo de Edipo en su hijo, es el estallido de una neurosis o psico-neurosis, cuya etiología y cuya patogenia solo el psico-análisis podría revelar y al mismo tiempo curar.

(...)

Esta anorexia mental precocísima, en un niño también precoz y neurótico, responde al llamado “complejo psico-sexual de Edipo” o sea el amor incestuoso del hijo por la madre y recíprocamente, sobre el cual insiste el profesor Freud y la escuela de Viena, como factor poderoso en la etiología de ciertas neurosis y psico-neurosis. [13, p. 176-178]⁷

(2)

La niña, interrogada en presencia de una pariente suya, que me ayudó eficazmente en “este ingrato y escabroso psico-análisis”, me manifestó: “que pensaba de día y noche en su padre”; que, por otra parte, le hacía continuos obsequios y le prodigaba tiernas caricias.

(...)

El análisis de sus ensueños, pesadillas y terrores nocturnos, revela una misma trama o fondo sub-consciente, puesto que la enfermita generalmente sueña que es víctima de animales salvajes, que la persiguen y la atropellan. (Según Freud, esto sería una expresión simbólica por la cual se manifiesta a la conciencia, desde las profundidades de lo sub-consciente, la libido o instinto sexual insatisfecho).

(...)

⁷ Aquí hay un pasaje que muestra, de manera ejemplar, cómo las narrativas de sufrimiento se constituyen en función de la gramática que las reconoce [12, p. 219]. El paciente escucha a su médico en la radio hablando del complejo de Edipo, y a continuación le dice a la enfermera: «pero lo que dice el doctor yo lo siento por mi mamá». Posiblemente, a medida que las ideas psicoanalíticas comenzaron a circular en la cultura, muchas narrativas de sufrimiento empezaron a constituirse en función de la gramática de reconocimiento que ofrecía el psicoanálisis.

Esto también está de acuerdo con las sabias enseñanzas del Prof. Freud y de la Escuela de Viena, cuando hace notar que, como demostración a posteriori del Complejo de Edipo (amor incestuoso de la madre con el hijo), está el hecho de que el hijo, al sacudir el “yugo incestuoso” y al “emanciparse afectivamente” de su madre, busca una novia que se le asemeje lo más posible. [14, p. 518-519]

(3)

La afectividad del enfermo está caracterizada por un gran complejo sexual anormal con tendencia edipiana, complejo de viajes y exagerado complejo de “yo”. [7, p. 29]

(4)

Algunas de estas neurosis de angustia presentan entre sus antecedentes las causas específicas descritas por Freud: la abstinencia sexual, la excitación vana, el choque sexual, el coito interrumpido o malogrado, etc., etc., las variadas perturbaciones que pueden perjudicar la plena satisfacción sexual. Pero hay otras que no tienen etiología conocida: ni causa sexual, ni conflicto psíquico, ni afección glandular, ni estado tóxico o infeccioso que explique la aparición de la neurosis. Freud se refirió a la existencia de estos casos “en que es imposible descubrir un proceso etiológico”, pero los atribuyó a una grave tara hereditaria. Sin herencia neuropática y en sujetos hasta entonces sensiblemente normales, hemos visto numerosos casos de neurosis de angustia criptogenéticas que se acompañan de varicocele. [39, p. 41-42]

(5)

Es evidente que en nuestros olvidos interviene el deseo inconsciente de evitarnos un recuerdo penoso, incómodo o humillante. [30, p. 39]

Véase cómo los médicos hacen usos de diversos conceptos y nociones psicoanalíticas (complejo de Edipo, censura, deseo inconsciente, libido), realizan constantes referencias a Freud, analizan los sueños, buscan motivos inconscientes en los síntomas y prestan especial atención a las relaciones familiares. Pero, ¿qué función cumplen aquí los conceptos psicoanalíticos? En algunas ocasiones, contribuyen a la orientación del tratamiento o a la profilaxis, como sucede en (1); en otras, son utili-

zados al momento de realizar una explicación causal de ciertos cuadros clínicos y fenómenos cotidianos, como ocurre en (4), (5), (2) y nuevamente en (1); también pueden intervenir en la elaboración de un diagnóstico o en una descripción semiológica, como se advierte en (3). Podría ocurrir, eventualmente, que se realizara una explicación etiológica apoyada en conceptos psicoanalíticos y que, al mismo tiempo, se recurriera a una terapéutica no orientada por esos conceptos (o a la inversa).

Por momentos, estos conceptos parecen estar completamente asimilados a la doctrina, especialmente cuando se emplean sin hacer uso del *discurso referido* (sea directo o indirecto), como ocurre en (3): «la afectividad del enfermo está caracterizada por un gran complejo sexual anormal con tendencia edipiana». Precisamente, el uso de conceptos de un autor o una teoría, sin acompañamiento del discurso referido, daría cuenta de un proceso de *identificación teórica* [24, p. 133]. No se dice «la afectividad del enfermo está caracterizada por lo que Freud llamaría un gran complejo sexual anormal con tendencia edipiana». Tal referencia está ausente, de modo que el concepto queda identificado con la voz del autor. En otros momentos, en cambio, la introducción de referencias explícitas, o el uso del discurso referido (por lo general discurso indirecto), establecen sutiles marcas de distancia, como vemos en (2) y (4): «según Freud, esto sería una expresión simbólica por la cual se manifiesta a la conciencia, desde las profundidades de lo subconsciente, la libido o instinto sexual insatisfecho»; «algunas de estas neurosis de angustia presentan entre sus antecedentes las causas específicas descritas por Freud». De hecho, se oscila —incluso en un mismo texto— entre estas dos posiciones enunciativas, que reflejan distintas posiciones en relación al psicoanálisis. Esta oscilación es la expresión de una suerte de ambivalencia que podemos encontrar en muchos textos de la época: a un vaivén entre la utilización del psicoanálisis y su rechazo, un movimiento oscilante de aproximación y distanciamiento. Al leer estos textos, se tiene la impresión de estar ante un esfuerzo constante e infructuoso por desaprenderse del psicoanálisis; como si, una vez introducidas las ideas psicoanalíticas, configuraran de tal modo el campo de experiencia que ya no sería posible excluirlas completamente.

Detengámonos una vez más en el uso de nociones y conceptos psicoanalíticos. ¿De qué forma operan en estos materiales? Al parecer, tienden a quedar asimilados a la doctrina psiquiátrica pre-psicoanalítica. Por ejemplo, en (1) y (3) vemos que el complejo de Edipo no aparece como un complejo estructural y universal, sino como un síndrome que tiene su origen en una especie de traumatismo contingente, que desemboca en un proceso patológico (casi al modo de los clásicos traumatismos o «accidentes emotivos» referidos habitualmente por los psiquiatras antes de Freud): «le he hecho ver a la madre que otra de las consecuencias lejanas que puede acarrear el Complejo de Edipo en su hijo, es el estallido de una neurosis»; «la afectividad del enfermo está caracterizada por un gran complejo sexual anormal con tendencia edipiana».

Frecuentemente, el psicoanálisis aparece como una técnica psicoterapéutica dentro de una batería más amplia:

(6)

Sujeto con doble herencia —alcohólica y neuroartrítica— que padeció de incontinencia nocturna de orinas hasta los 6 años, de convulsiones hasta los 7, y de terrores noc-

turnos hasta los 10. En la escuela manifestó tendencia al aislamiento, la que fué acentuándose en los últimos 4 años. Comprobó la existencia de una actitud psicopática esquizoide y paranoidea, caracterizando un complejo psico-sexual de Narciso (admiración de sí mismo en lo físico, en lo intelectual y en lo moral). Presentaba, además, falsas interpretaciones de carácter persecutorio. Era un sujeto longilíneo, microsplánico y estético (Pende), con ligera exageración de reflejos rotulianos. Presentaba egolatría, egocentrismo y egofilia, con buena dosis de vanidad y de egoísmo. Aconsejó una cura de aislamiento, el psico-análisis y opoterapia pluriglandular, con preferencia testículo-suprarenal. Al cabo de 5 meses de tratamiento, la mejoría era evidente. [41, p. 363]

Examinemos ahora el proceso de *autonomización* del psicoanálisis. Como ya anticipamos, se trata de un proceso discursivo por el cual el psicoanálisis se representa como una práctica o disciplina independiente y autónoma, y que se materializa a partir del establecimiento de fronteras discursivas. Un indicio ejemplar de este proceso lo vemos en los cambios que Pérez Pastorini realizó en sus tarjetas de presentación profesional a lo largo del tiempo:

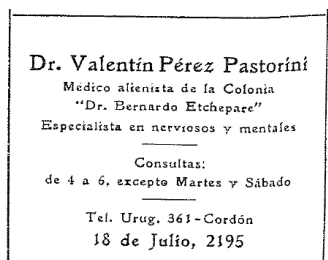


Fig. 1 - Revista de Psiquiatría del Uruguay (Año 1, número 6, noviembre de 1929)

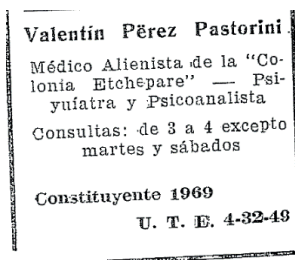


Fig. 2 - Revista de Psiquiatría del Uruguay (Número 2, marzo de 1936, p. 32)

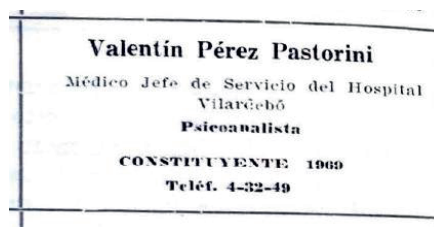


Fig. 3 - Revista de Psiquiatría del Uruguay (Año XI, número 63, mayo-junio de 1946, p. 18)

Al comienzo solía presentarse como «especialista en nerviosos y mentales», luego como «psiquiatra y psicoanalista», y finalmente, como «psicoanalista».⁸ De una forma menos gráfica, pero igualmente palpable, observamos este fenómeno de autonomización en un comentario de Pérez Pastorini a propósito de un informe médico-legal elabo-

rado por otro psiquiatra (la negrita es nuestra en todos los casos):

⁸ En realidad, las tarjetas de presentación profesional de Pérez Pastorini a lo largo del tiempo incluyen más variantes que las aquí mencionadas. El análisis de tales variaciones excede los propósitos de este trabajo.

(7)

Pero, entra el autor [Payseé] a tratar el caso. El punto de vista psicoanalítico (también de la psicología de Adler, que no comentaremos) aplicando los conocimientos de esta ciencia a la comprensión y explicación de este caso de crimen. Y nos da una interpretación analítica y hasta nos habla de tal o cual complejo. Y aquí, a mi criterio, el error fundamental, pues su estudio está basado en la psicología tradicional que no puede llegar al inconsciente, que por ende, lo desconoce; olvida que **el psicoanálisis tiene su técnica propia**, y que es imprescindible usar, (y con más razón en este caso “práctico”) si se quiere alcanzar ese plano conflictual inconsciente. Hay que recordar lo que dicen Alexander y Staub basados precisamente en el psicoanálisis (y después de “hacer” psico-análisis se entiende), que **todo delito comporta una pluralidad de motivos muchas veces determinados y en gran parte inconscientes, los cuales no pueden ser apreciados y diagnosticados más que por la psicología en profundidad y a él se llega con el instrumental psicológico, repetimos, que es distinto al que el perito psiquiatra posee.**

Con un espíritu racionalista y consciente no se pueden juzgar los fenómenos del inconsciente. [32, p. 69-70]

En este comentario se objeta cierta forma de aplicación del psicoanálisis en la psiquiatría, enfatizando que el «psicoanálisis tiene su técnica propia» y que el «instrumental psicológico» requerido «es distinto al que el perito psiquiatra posee». De este modo, desliga al psicoanálisis de la psiquiatría. Veamos ahora otros ejemplos similares, en los que se diferencia al psicoanálisis de otras teorías psicológicas y de otras prácticas psicoterapéuticas:

(8)

El Psicoanálisis no es, por lo demás, cualquier clase de psicoterapia ni la psicología sexual en sentido amplio. No todo en Freud es sexualidad, y no todo tipo de sexualidad corresponde a la corriente freudiana. [35, p. 3]

(9)

El psicoanálisis no es, como la sugestión o la persuasión, un nuevo agente que viene a enriquecer el arsenal de la psicoterapia.

Es mucho más o por lo menos pretende ser mucho más. Se presenta acompañado y respaldado en una vasta y original doctrina psicológica y psicopatológica. No es simplemente un nuevo medicamento, sino que es toda una teoría farmacodinámica y farmacoterápica.

Es imposible ubicar al psicoanálisis dentro de las teorías conocidas sobre el funcionamiento del psiquismo porque es en gran parte original y fué construida como una psicología clínica y empírica, pensando independientemente e ingenuamente los hechos patológicos. [40, p. 18]

Transcribimos ahora otros materiales discursivos en los ocurre este mismo fenómeno, pero esta vez desde una perspectiva distinta:

(10)

El tema de la adolescencia ha sido uno de los de mayor atracción de la psicología clásica: tiene su justificación por la riqueza de sus manifestaciones. (...).

Sin embargo, **los psicoanalistas no se han ocupado** mayormente de este período y lo explican diciendo que en realidad la adolescencia no es más que un momento en el que se expresan con mayor viveza las instancias psíquicas que se fueron integrando en los años anteriores. [29, p. 16]

(11)

Arguyen los psicoanalistas que, aún en esos casos, existe siempre un conflicto psíquico, el cual permanece oculto o inconsciente y solamente puede ser descubierto por el psicoanalista. Sin pretender negar esta posibilidad —sería querer negar hechos desconocidos— nosotros insistimos en que, cuando el conflicto no puede ser revelado por un psiquiatra, existe un varicocelo cuya segura existencia es bien fácil de constatar. [39, p. 42]

(12)

Por eso es aconsejable que antes de los 4 años, se saque al niño del dormitorio de los padres, realizando así una obra de gran valor profiláctico, impidiendo **como lo admiten los psicoanalistas**, las fijaciones del complejo de Edipo en los niños y el de Electra en la mujer. [11, p. 9]

«Los psicoanalistas no se han ocupado», «arguyen los psicoanalistas», «como lo admiten los psicoanalistas». Aquí la autonomización no se produce desde «dentro» del psicoanálisis, como ocurre en (7), sino desde su «exterior», desde el ámbito médico-psiquiátrico. La expresión «los psicoanalistas» instaura una marca de distancia que dibuja una frontera discursiva entre el ámbito médico-psiquiátrico y el psicoanálisis.

Hallamos también materiales discursivos en los que conviven, al mismo tiempo, los dos procesos que hemos descrito (autonomización y asimilación):

(13)

Es de señalar también la predominancia de complejos sexuales en el enfermo, desde el complejo de Edipo que hace sospechar la adhesión exagerada hacia la madre hasta el complejo matrimonial y extramatrimonial que indican una excesiva y desequilibrada preocupación con la libido. Parecería que la censura tan cara a los psicoanalistas se expresase en este enfermo por una especie de conciencia moral que ha provocado constantes conflictos en el psiquismo del enfermo que hasta conscientemente ha estado conteniendo, según él mismo los apetitos. También el nuevo nombre creado por C.C. parecería ser un ejemplo de lo que los psicoanalistas llaman “condensación” formada subconscientemente con elementos tomados de sus complejos libidinales. [7, p. 33]

Verificamos aquí, por un lado, un proceso de asimilación de las ideas psicoanalíticas: «es de señalar también la predominancia de complejos sexuales en el enfermo, desde el complejo de Edipo que hace sospechar la adhesión exagerada hacia la madre hasta el complejo matrimonial y extramatrimonial que indican una excesiva y desequilibrada preocupación con la libido». Por otra parte, constatamos operaciones de distanciamiento: «parecería que la censura tan cara a los psicoanalistas se expresase en este enfermo...»; «parecería ser un ejemplo de lo que los psicoanalistas llaman “condensación”». La expresión «los psicoanalistas», junto con una marca de *heterogeneidad mostrada* [cf. 1] a

través del uso de comillas en el término «condensación», establece nuevamente una frontera discursiva y representa al psicoanálisis como una disciplina relativamente autónoma.⁹ Estamos otra vez ante un vaivén entre aproximación y distanciamiento, fenómeno que —ya lo podemos afirmar— es característico de estos textos.

La orientación de los tratamientos

A partir de las dos modalidades descritas (el psicoanálisis asimilado al ámbito médico-psiquiátrico y el psicoanálisis funcionando con relativa autonomía) se puede examinar ahora en qué medida difieren, en estos dos casos, las metas terapéuticas y la orientación de los tratamientos. Al momento de comenzar a leer los casos clínicos, percibimos una diferencia notoria en las acciones terapéuticas del psicoanálisis cuando éste funciona asimilado a la psiquiatría y cuando lo hace como práctica independiente. Veamos a continuación algunos ejemplos de acciones terapéuticas del primer caso:

(14)

Le he explicado a ésta [madre] los peligros inmediatos, mediatos y lejanos de la actitud mórbida de su hijo [Complejo de Edipo y anorexia mental]: en primer lugar, la desnutrición constituye un terreno especial para la tuberculosis en general y para la granulía en particular.

Además, cuando el enfermito llegue a la adolescencia este complejo de Edipo puede definirse claramente en el sentido incestuoso, como en otros casos que yo conozco y ésto es de temer, en este caso particular, teniendo en cuenta que el padre es un “tercero excluido” en este hogar truncado y marchito, de modo que el amor incestuoso del hijo por la madre y recíprocamente, puede llegar a ser una irreparable y trágica realidad.

(...)

⁹ Authier-Revuz [1] llama *heterogeneidad mostrada* a ciertas formas lingüísticas que representan diversos modos de «negociación» del sujeto hablante con la *heterogeneidad constitutiva* de su discurso. Ciertos elementos son marcados como exteriores al discurso del hablante; se los circunscribe como puntos de heterogeneidad que pertenecerían a otro discurso. Por ejemplo, el uso de comillas puede ser una forma de marcar un elemento heterogéneo, representando allí una frontera discursiva.

Le he hecho ver a la madre que otra de las consecuencias lejanas que puede acarrear el Complejo de Edipo en su hijo, es el estallido de una neurosis o psico-neurosis, cuya etiología y cuya patogenia solo el psico-análisis podría revelar y al mismo tiempo curar.

Le dije también, a la madre, que un segundo hijo podría contrabalancear, neutralizar y hasta cierto punto rectificar tal estado de cosas (...).

Como vemos, la situación de esta madre es angustiosa y dolorosa y no pudiendo hallar un apoyo afectivo en su esposo y mismo en su hijo, **le he aconsejado** que se haga fuerte y estoica, como Cornelia, la madre de los Gracos, en la escuela del sacrificio y de la adversidad. [13, p. 177]

Tenemos aquí varias acciones terapéuticas: «le he hecho ver...», «le he explicado...», «le he aconsejado...». Al parecer, estas acciones tienen como horizonte la prevención de enfermedades futuras (profilaxis), y, al mismo tiempo, la instauración de cierto orden familiar: el hijo se debe separar de la madre, y esto se hace más imperioso por el hecho de que el padre no estaría cumpliendo su «función» (sería un «tercero excluido»). El concepto psicoanalítico que se toma para orientar la intervención es el complejo de Edipo, aunque leído en términos de un «síndrome» contingente. Vayamos a otro caso similar:

(15)

Explicué el caso a los padres, haciéndoles entender que la niña desempeñaba en su hogar el doble rol de Electra (Eurípides) y de la Malquerida (Benavente), y **propuse como único tratamiento eficaz y radical**, el alejamiento temporario de la enfermita de su hogar.

(...)

Hice ver al atribulado padre que este amor incestuoso por su hija (complejo de Electra), era necesario destruirlo desde el comienzo para evitar consecuencias desastrosas, como ser: el incesto propiamente dicho, la neurosis ansiosa crónica o la demencia precoz (?). [14, p. 518]

Aquí tenemos las siguientes acciones terapéuticas: «explicué el caso a los padres, haciéndoles entender...», «hice ver al atribu-

lado padre...», «propuse como único tratamiento...». Nuevamente, el horizonte de estas acciones sería la prevención de futuras patologías y la supresión del agente causal (el traumatismo u accidente emotivo). Al igual que en el caso anterior, el concepto psicoanalítico que guía la intervención es el complejo de Edipo (o su correspondiente en la mujer según la terminología de Jung: el complejo de Electra). En los siguientes pasajes podemos reconocer los indicadores de eficacia:

(16)

Los padres aceptaron mis consejos y llevaron a la niña a la casa de una pariente (la misma que me ayudó en mi investigación psico-analítica), y al cabo de un mes y medio, que permaneció sin ver a sus padres, **la enferma se había transformado radicalmente, sin necesidad de otro medicamento y por la sola supresión de la causa mórbida (terapéutica etiológica); es decir, la separación forzada del padre y de la hija** (ruptura del binomio psico-sexual padre-hija), unidos por el amor incestuoso (complejo de Electra).

(...)

Actualmente ésta enfermita tiene 16 años y **no solamente sacudió el “yugo incestuoso”, sino también se “emancipó afectivamente” de su padre, entrando en noviazgo** con un joven, cuyo parecido con el padre sorprendente.

Esto también está de acuerdo con las sabias enseñanzas del Prof. Freud y de la Escuela de Viena (...).

(...)

Estos complejos afectivos y psico-sexuales es necesario despistarlos desde la pubertad y la adolescencia, para evitar la eclosión en la juventud o en la edad adulta de cierto número de psico-neurosis y de algunos tipos de perversiones psico-sexuales. [14, p. 518-519]

El éxito del tratamiento se produce cuando los padres aceptan la «orden» del terapeuta, es decir, cuando la niña se separa físicamente del padre, y por lo tanto, del agente causal patógeno. Este material tiene la virtud de mostrar de forma muy ostensible la orientación del tratamiento, y con ello, su horizonte ético, ligado a una concepción específica

de sujeto: «actualmente ésta enfermita tiene 16 años y no solamente sacudió el “yugo incestuoso”, sino también se “emancipó afectivamente” de su padre, entrando en noviazgo con un joven cuyo parecido con el padre sorprendente». Se trata aquí de emanciparse de los padres, de la familia de origen, y de encontrar una pareja del sexo opuesto, ideal que también se suele encontrar —sorprendentemente— en el psicoanálisis actual.¹⁰

Introducimos ahora dos fragmentos de un artículo que refiere a una serie de casos de impotencia sexual:¹¹

(17)

Ante estos antecedentes se investiga el desarrollo psicosexual para saber dónde se ha fijado la libido y cuáles han sido los motivos de este mecanismo regresivo que ha impedido la maduración sexual. Muchos datos se han conseguido con narcosis pentotálica.

(...)

El tratamiento en este caso se dirigió a la neurosis y **se le aseguró** que su potencia era la que correspondía a la timidez infantil de su conducta. **Se le explicó el significado** del complejo Edipo, base de toda neurosis, y **se le hizo comprender** la necesidad de resolverlo abandonando el apego amoroso a la madre, a la cual debe ligarse solo la ternura filial y **se lo convenció** de que la conducta hacia el padre debía cambiar ya que el padre actualmente ha cambiado, es buen esposo y procura

¹⁰ En estos casos, se espera que el sujeto se separe de sus padres y alcance independencia y autonomía. ¿No estaríamos aquí, en última instancia, ante un ideal liberal? Considérese el planteo de uno de los padres del liberalismo clásico:

55. *Children*, I confess, are not born in this full state of equality, though they are born to it. Their parents have a sort of rule and jurisdiction over them, when they come into the world, and for some time after; but it is but a temporary one. The bonds of this subjection are like the swaddling clothes they are wrapt up in, and supported by, in the weakness of their infancy: age and reason as they grow up, loosen them, till at length they drop quite off, and leave a man at his own free disposal [28, p. 31].

¹¹ Si bien el autor del artículo no es uruguayo (ejerció su práctica en Argentina), el modo en que presenta los casos clínicos es especialmente adecuado para exhibir los elementos que queremos analizar (acciones terapéuticas e indicadores de eficacia). El artículo fue publicado en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.

la felicidad del hogar. **Se le explicó** que su conducta sexual ante las mujeres era la consecuencia de su temor inconsciente al incesto, pecado que sufre el castigo simbólico de acuerdo a la ley del Talión, es decir, la castración y que él se portaba como un castrado sin desearlo, pero que si se reconciliaba con el padre y se despegaba afectivamente de la madre, su libido quedaría libre y buscaría satisfacerse con otras mujeres. También **se le explicó** la necesidad de encarar sus temores infantiles y afrontarlos con hombría para poder dominarlos. [18, p. 54-56]

(18)

El tratamiento fué dirigido a su neurosis **explicándole los factores que habían incidido en el desarrollo insuficiente de su psicosexualidad y se le enseñó la manera de corregirlo; se le dió una información correcta de la fisiología sexual. A la señora [del paciente] se la instruyó** para que perdiera el temor a la defloración y facilitara el acto sexual con una mayor intimidad y confianza. [18, p. 58]

«Se le aseguró...», «se le hizo comprender...», «se lo convenció...», «se le explicó...». En (17) estas acciones apuntan, como en los casos anteriores, a la instauración de un orden familiar: el hijo debe separarse de la madre, reconciliarse con el padre y orientar su libido a otras mujeres (pasaje de la endogamia a la exogamia). Se trata, asimismo, de corregir el desarrollo defectuoso: dejar de ser un niño «inmaduro» para convertirse en un adulto «maduro». En (18), se procura corregir el desarrollo psicosexual a partir de una acción educativa («se le enseñó...», «se le dio una información correcta...», «se la instruyó...») que, curiosamente, también incluye a la pareja del paciente. En cuanto a los indicadores de eficacia, tenemos los siguientes:

(19)

El paciente poco a poco fué cambiando; la neurosis mejoró, las erecciones también han mejorado y son duraderas y ahora está seguro que en la próxima oportunidad que se le presente podrá realizar un coito normal.

(...). El tratamiento al hacer consciente este mecanismo de castración simbólica ha mejorado considerablemente su neurosis sexual ya en vías de curación completa porque han desaparecido sus síntomas neuróticos. [18, p. 56]

(20)

A las 8 sesiones de psicoterapia el enfermo mejoró en forma que pudo tener hasta 3 coitos diarios con lo que se consideró curado. [18, p. 58]

Estos indicadores muestran que el tratamiento funcionó en la medida en que el síntoma remitió y en que el paciente logró alcanzar una sexualidad genital «normal». Consideremos ahora lo que ocurre en un caso clínico del psicoanálisis autonomizado:

(21)

Lo interpreté que conocer era también conocer las cosas de su madre, y que él no podía estudiar, dar exámenes y ser alguien porque se sentía hijo de una madre prostituta y de un padre borracho. [21, p. 20]

(22)

Interpreté al enfermo que si da el examen y salva esto le significa a él ser como el padre; pero de este modo devora al padre, a los profesores y a mí. [21, p. 25]

(23)

Le interpreté: yo el analista-madre: él se mete en mi interior y me vacía por dentro, me succiona el pene hasta vaciarme, y por la equiparación inconsciente pene-pecho, es también el pecho que él vacía (...).

(...)

Como se ponía más y más incoherente y los exámenes se aproximaban, me preocupé por sacarlo de la incoherencia (...). Busqué entonces analizar qué significaba para él asociar, y qué cosa que yo lo interpretara (...).

(...)

Él vivía mi interpretación como una relación homosexual. Al interpretarlo lo poseía sexualmente. Se defendía de esto con la incoherencia (...).

Una vez que vivenció esta situación se puso mucho más coherente y mucho menos ansioso. [21, p. 26-27]

(24)

En una de las sesiones me manifestó su deseo de tomar vitaminas para fortificarse dada la proximidad de los exámenes, y yo le conseguí unas muestras que tenía en el consultorio. Al día siguiente me dijo que no había tomado las vitaminas y no pensaba tomarlas porque tenía la sospecha de que los frascos contenían veneno. **Le dije que me veía a mí como la madre mala** que lo envenena con su leche, y que estos temores ya los había tenido con su madre. Días después él ingirió las vitaminas. [21, p. 28]

Ahora tenemos, como acción terapéutica principal, la interpretación: «le interpreté...». De lo que se trataría es de encontrar significados ocultos («inconscientes»), de comprender el significado simbólico de los síntomas, de las conductas, de los sueños, y comunicárselo al paciente. El énfasis está en la interpretación transferencial («aquí, ahora, conmigo»): «me veía a mí como la madre mala». La orientación del tratamiento se explicita en algunos pasajes:

(25)

Sin embargo, a pesar de esta mejoría, el pronóstico sigue siendo muy reservado, y en realidad mucho depende de **que él pueda depositar en mí no solo sus partes malas**, las partes malas que dormían con la madre, etc., lo que ha hecho hasta ahora, **sino también sus partes buenas; realizar luego una síntesis de la madre mala y la madre buena, partes malas y partes buenas, e introyectarla.** [21, p. 29]

Se apunta a la integración psíquica, es decir, a un proceso de síntesis. En términos kleinianos, se trataría de constituir el *objeto total* integrando sus partes buenas y malas, de modo alcanzar la *posición depresiva*, para luego, finalmente, darle resolución. Véanse los indicadores de eficacia del tratamiento:

(26)

En lo que se refiere a la evolución, está más conectado con su familia: por primera vez ha escrito a su madre notificándole de su éxito en los exámenes; ha recuperado su capacidad de trabajo y rendimiento social, puesto que es capaz de estudiar y dar exámenes. Ha mejorado en su aspecto

físico; ha aumentado de peso; viste mejor; ha recuperado sus hábitos higiénicos. **Está más integrado en la realidad.** Participa ahora en las conversaciones, ríe con los demás; se interesa por los problemas que atañen al círculo en que vive. [21, p. 28]

El horizonte del tratamiento parecería ser la integración a la realidad o, en otros términos, la sustitución de la fantasía por la realidad: estudiar o trabajar, estar conectado con la familia, mantener buen aspecto, tener interacción social e interés por los demás. Esta integración a la realidad está muy próxima a una suerte de adaptación social (aunque «integración a la realidad» no debe confundirse con adaptación social). Veamos ahora otro caso similar:

(27)

[El niño] dice:

Voy a escribir. Y hace su primer dibujo; una casa larga y chata, con una chimenea de la que sale mucho humo. (...).

(...)

Interpreto la casa como la madre. Podemos agregar: la madre unida al padre. El pene del padre es la chimenea y el humo es el calor de las relaciones sexuales. [2, p. 145-146]

Al igual que en el caso anterior, tenemos como acción terapéutica «interpreto» (o «le interpreté»). Se busca comprender el significado inconsciente de las conductas y los síntomas, de descifrar su causa y mecanismo de formación. Y, como en el caso anterior, se procura la sustitución de la fantasía por la realidad, proceso correlativo de la ampliación del campo de la conciencia (*insight*) y de la integración del yo, es decir, la composición de la unidad (objeto total, posición depresiva):

(28)

(...) el primer objetivo del análisis es dar al paciente una conciencia **más completa y menos distorsionada de sus trastornos.** [2, p. 144]

(29)

La acción del análisis consistirá en ofrecerle una posibilidad de reproyección para ver cómo se pueden distribuir y manejar las pulsiones en relación con objetos exterior-

es y **mitigar las fantasías con pruebas en la realidad** [referencia a Susan Isaacs, "Modification of the Ego through the Work of Analysis"]. [2, p. 155]

(30)

La visión adecuada del mundo interno [*insight*], considerada como meta y resultado del proceso terapéutico (...). [2, p. 161]

(31)

Creo que esto constituye el primer *insight*, la captación de la persona como totalidad organizada de amor y de odio, del bueno y del malo en una relación particular. [2, p. 145-146]

Vayamos ahora a los indicadores de eficacia:

(32)

Recordando que el chico había sido llevado al análisis a raíz de unos **pavores nocturnos** (...). Aquellos **han desaparecido a los 15 días de empezar el análisis**, según mi criterio por dos motivos: 1) la descarga parcial que representaban el juego en sí —teniendo en cuenta que su horario de colegio no le dejaba prácticamente tiempo para jugar en su casa— y la expresión, aunque muy simbólica y sin ningún *insight*, de sus conflictos; 2) el análisis sistemático de las angustias paranoides frente a la escena primaria. **La disminución de la angustia le permite ahora dormir, pero el conflicto lo sigue apremiando desde dentro**, produciendo la pesadilla. [2, p. 148]

(33)

Sin embargo, ese sueño parece mucho más positivo, dinámico que el sueño de la víbora. Creo que permite hacer un buen pronóstico de la evolución del paciente. Hemos notado ya que parece **tolerarse más ciertas pulsiones**, especialmente las orales. [2, p. 154]

(34)

(...) la máquina de coser, símbolo muy claro del coito, expresa que la escena primaria puede tener aspectos buenos y positivos. Desenreda poco a poco el hilo para unir y reparar, puede servir a la **integración de la personalidad.** [2, p. 156-157]

(35)

El aflojamiento de la prohibición de mirar la escena primaria fantaseada le permite mirar al mundo exterior también con sus propios ojos, valorando sus percepciones sensoriales: un día, pintando el mar, comenta: “¿Vio que el agua no es de un solo color, que también tiene a veces reflejos amarillos?” y pinta los reflejos amarillos. **La aceptación de la realidad interna le permite una apreciación más objetiva de la realidad exterior.** [2, p. 158]

(36)

La mirada, condicionada por esta primera discriminación dentro de la persona, capta una nueva organización que se expresa en la declaración: “los quiero aunque sean polacos”. Es el **reconocimiento y la aceptación de la ambivalencia**. Melanie Klein [referencia a “On the criteria for the termination of a psycho-analysis”] dice que el *insight* se incrementa con la aparición de la posición depresiva, caracterizada por la vivencia simultánea del amor y el odio hacia una misma persona. [2, p. 162-163]

La desaparición del síntoma inicial (pavores nocturnos) no implicó aquí un éxito del tratamiento, como se aprecia en (32). Se produjo apenas una redistribución de ciertos elementos, pero el conflicto continuó: «la disminución de la angustia le permite ahora dormir, pero el conflicto lo sigue apremiando desde dentro». De forma que la remisión sintomática no es la meta del tratamiento. Lo que indica la evolución favorable del caso —tal como se observa en los materiales discursivos siguientes— es el hecho de que, poco a poco, se toleran ciertas pulsiones, se integran aspectos buenos y malos del objeto, y se logra repararlo.¹² Nuevamente vemos que se busca la integración de la personalidad, y que la aceptación —o el *insight*— de la realidad interna (también llamado mundo interno) es lo que permite una apreciación objetiva de la realidad exterior, que representa otra de las metas del tratamiento: sustituir fantasía por realidad.

¹² El concepto kleiniano de *reparación* se liga en ocasiones con el fin de análisis, y los fenómenos de reparación suelen ser vistos como indicadores del progreso del tratamiento.

Discusión y conclusiones

Podemos ahora realizar una comparación general entre las acciones terapéuticas, los indicadores de eficacia y las metas del tratamiento de ambas formas de práctica del psicoanálisis (el psicoanálisis asimilado a la psiquiatría y el psicoanálisis autonomizado). En los casos de asimilación, la acción terapéutica predominante es educativa y persuasiva: «le he hecho ver...», «le he explicado...», «le he aconsejado...», «expliqué (...) haciéndoles entender...», «se le aseguró...», «se le hizo comprender...», «se lo convenció...».¹³ En cambio, en los casos de autonomización, la acción terapéutica predominante se produce por una vía hermenéutica: se trata de interpretar significados ocultos (inconscientes) y de comunicárselos al paciente.

Otra diferencia se localiza en los conceptos psicoanalíticos que predominan al momento de orientar el tratamiento. En los casos de asimilación presentados aquí, predomina el uso del complejo de Edipo (no como estructural y universal, o constitutivo, sino como un síndrome patológico contingente), y apoyándose en él, la intervención se vuelca sobre el ambiente con el fin de recomponer el orden familiar. En cambio, en los casos de autonomización aquí comentados, predominan nociones especialmente relevantes en el psicoanálisis kleiniano: fantasía inconsciente, objetos parciales, integración, proyección/introyección, identificación proyectiva, etc.¹⁴ El complejo de Edipo no desaparece, pero queda en cierta medida desplazado —al menos si se lo compara con los otros casos—. Los terapeutas ya no intervienen tanto sobre el orden familiar y el ambiente, sino sobre el «mundo interno» del sujeto, es decir, sobre sus fantasías. Tendríamos así, una forma de tratamiento orientada hacia la recomposición de un orden familiar y/o la adaptación social (con intervenciones que se aplican sobre el «ambiente» o sobre la «realidad»), y otra orientada hacia la sustitución

¹³ Por momentos, la intervención del terapeuta se presenta de modo imperativo, lo que evoca aquello que antes era, en la práctica psiquiátrica clásica, la orden o la amenaza.

¹⁴ Ciertamente, la mayoría de estas nociones están presentes en Freud, pero adquieren un lugar preeminente en la obra de Klein.

de la fantasía por la realidad y la recomposición de la unidad de la personalidad (con intervenciones que se aplican sobre el «mundo interno», es decir, la fantasía). Resta analizar, en un próximo trabajo, los cambios que sobrevienen con la recepción de nuevas ideas psicoanalíticas en Uruguay y la región, especialmente, con la recepción de las ideas lacanianas.

Finalmente, queremos subrayar la utilidad que tiene, para las investigaciones del campo psicoterapéutico actual, la matriz de análisis aquí construida; especialmente, para los estudios de eficacia. Antes de evaluar la eficacia diferencial de las diversas prácticas psicoterapéuticas, sería conveniente identificar primero sus acciones terapéuticas y sus indicadores de éxito (o fracaso), y de esa forma, sus diferentes fines y orientaciones. Dado que nada garantiza que los psicoterapeutas siempre sepan con precisión hacia dónde orientan los tratamientos que conducen, no sería suficiente analizar lo que dicen a nivel doctrinal, a través de proposiciones generales (por ejemplo, «la práctica terapéutica A busca producir B»). En ocasiones,

practicantes de dispositivos terapéuticos en apariencia muy diferentes operan en la práctica de forma muy similar (con acciones terapéuticas que apuntan en la misma dirección, y teniendo en cuenta los mismos indicadores de eficacia); y, al revés, practicantes que se identifican con una misma corriente teórica pueden proceder en su práctica de forma muy diferente [cf. 23, 24, 25]. Teniendo en cuenta esto, sería imprescindible analizar no solo lo que los psicoterapeutas declaran explícitamente sobre su práctica, sino lo que efectivamente hacen —por ejemplo, a partir de la lectura de casos clínicos—, sus acciones terapéuticas y los indicadores de eficacia que toman como referencia (incluso tal vez sin saberlo). Esto podría constituir una alternativa posible para abordar el problema de la eficacia diferencial de las prácticas psicoterapéuticas.

No existen conflictos de intereses.

La investigación fue financiada por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (Uruguay).

Referencias

1. Authier-Revuz J. Heterogeneidade(s) enunciativas(s). *Cad Estud Ling*. 1990; 19:25-42c. Disponible en: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cel/article/view/8636824>
2. Baranger M. Fantasía de enfermedad y desarrollo del insight en el análisis de un niño. *Rev Urug Psicoanál*. 1956;1(2):143-82. Disponible en: <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/197>
3. Bernardi, R. Por qué Klein y por qué no Klein. Reflexiones sobre el desarrollo de las ideas psicoanalíticas en el Río de la Plata. *Rev Psicoanál*. 2002; 59(2): 263–273.
4. Bernardi R. Fenómenos de cambios en las ideas psicoanalíticas en el Río de la Plata durante las décadas de 1960 y 1970 [tesis]. Buenos Aires: Universidad Nacional de Buenos Aires; 2007.
5. Blanco D, Fierro O. Psicoanálisis en Chile: construcciones y relatos. Santiago de Chile: Sociedad Editorial Pólvora Limitada; 2014.
6. Bruno, G. Notas para una historia del psicoanálisis en el Uruguay. In: V Jornadas de Psicología Universitaria. "Psicólogos y Psicologías entre dos siglos. Consultas, demandas e intervenciones". Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República; 2000. pp. 427–431.
7. Cáceres A. Análisis psicológico de una fuga. *Rev Psiquiat Urug*. 1936; 5:23-33.
8. Capo, J. C. A propósito del trabajo de Ricardo Bernardi sobre Gilberto Koolhaas, (y la recepción de las ideas de Lacan en el Río de la Plata). *Rev Urug Psicoanál*. 2010; 111: 106–124.
9. Capurro, R. ¿Lacan en Montevideo? In: Un lugar no común. Montevideo: Lapzus; 2005. pp. 47–61.
10. Dagfal A. Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966). Buenos Aires: Editorial Paidós; 2009.
11. Darder V. Aspectos Psiquiátricos de la Educación Sexual. *Rev Psiquiat Urug*. 1957; 131:7-17.

12. Dunker C. Mal-estar, sufrimiento e sintoma. São Paulo: Boitempo; 2015.
13. Estapé JM. Complejo de Edipo y anorexia mental en un niño de 7 años. Arch Pediatr Urug. 1932;3(4):175-8.
14. Estapé JM. Complejo de Electra y neurosis ansiosa en una niña de 14 años. Arch Pediatr Urug. 1932;3(12):517-9.
15. Etchepare B. Ceguera histérica. Rev Méd Urug. 1913;16:113-9.
16. Etchepare B. Sobre psicoanálisis. Rev Méd Urug. 1926;29(5-6-7):77-83.
17. Foucault M. La arqueología del saber. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2002.
18. Fracassi T. Impotencia sexual. Rev Psiquiat Urug. 1951;94:49-60.
19. Freire de Garbarino M. Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Rev Urug Psicoanál. 1988; 68:3-10. Disponible en: <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/854/706>
20. Gambini, M. Echin, tepe, emoreja: trazos transferenciales en la escritura de caso clínico psiquiátrico (Uruguay, 1899-1940). Tesis de Maestría, Universidad de la República; 2020. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/29244/1/Gambini%20M%20marcelo.pdf>
21. Garbarino H. Psicoanálisis en la esquizofrenia. Rev Psiquiat Urug. 1953; 103:3-29.
22. García G. La entrada del psicoanálisis en la Argentina. En: García G, Musachi G. La entrada del psicoanálisis en la Argentina; La cronología: nudos y redes. Buenos Aires: Catálogos; 2005.
23. Grau-Pérez G, Milán JG. Klein with Lacan: A Study on the Reception of Lacanian Ideas in Uruguay and Its Effects on Clinical Practices (1955-82). Psychoanal Hist. 2020;22(3):341-61. DOI: 10.3366/pah.2020.0353
24. Grau Pérez G. Klein con Lacan: un estudio discursivo de la recepción de las ideas lacanianas en Uruguay (1955-1982) [tesis]. Montevideo: Universidad de la República; 2018. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/20045/1/Grau%20P%20Gonzalo.pdf>
25. Grau Pérez G. Klein con Lacan: un estudio de la recepción de las ideas lacanianas en Uruguay y sus efectos en las prácticas clínicas (1964-1982). Rev Urug Psicoanál. 2019; 129:190-214. Disponible en: <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/106>
26. Klappenbach H. El psicoanálisis en los debates sobre el rol del psicólogo. Argentina, 1960-1975. Rev Univ Psicoanál. 2000;2: 191-227.
27. Korovsky, E. El Psicoanálisis en el Río de la Plata. Rev Psicoter Psicoanal. 1985; 1(4): 25-44.
28. Locke J. Second Treatise of Government. Indianapolis: Hackett Publishing Company; 1980.
29. Marcos JR. La Clínica Médico-Psicológica Infantil del Hospital "Dr. Pedro Visca." En: La Clínica Médico-Psicológica del Hospital de Niños "Dr. Pedro Visca". Montevideo: Rosgal; 1949. p. 11-38.
30. Más de Ayala I. Porqué se enloquece la gente. Dinámica de la conducta humana y normas para la salud psíquica. Montevideo - Buenos Aires: El Ateneo; 1943.
31. Morquio L. Diplegia espasmódica familiar. Rev Méd Urug. 1900;3(11):285-90.
32. Payssé C. Psicogénesis de un parricidio. Informe Médico-Legal. Rev Psiquiat Urug. 1936;4:37-70.
33. Pérez-Gambini, C. Historia de la psicología en el Uruguay. Desde sus comienzos hasta 1950. Montevideo: Arena; 1999.
34. Plotkin MB. Freud en las Pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983). Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 2003.
35. R.T. Nuestro Homenaje a Freud. Rev Psiquiat Urug. 1956; 124:3-5.
36. Rossi SC. Contribución al estudio del Psicoanálisis. Ataques histéricos de una amenorreica, curados por este método. Rev Méd Urug. 1916; 19:725-9.
37. Rossi SC. Consideraciones bioquímicas sobre el Freudismo. Rev Méd Urug. 1926;29(5-6-7): 69-76.
38. Ruperthuz M. Freud y los chilenos. Santiago de Chile: Sociedad Editorial Pólvora Limitada; 2015.
39. Sicco A. Varicocele y Neurosis. Rev Psiquiat Urug. 1937; 7:35-48.
40. Sicco A. Introducción a la psicoterapia. Rev Psiquiat Urug. 1945; 55:3-20.
41. Sociedad de Pediatría de Montevideo. Complejo de Narciso y psicosis paranoidea en un adolescente. Arch Pediatr Urug. 1933;4(8):363-66.
42. Vezzetti H. Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon-Rivière. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1996.