

# Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay

Aspectos de  
Salud Mental

## Resumen

*En Uruguay, país de América del Sur ubicado entre Brasil y Argentina, con una población de tres millones de habitantes, alto porcentaje de alfabetización y de cobertura de salud, la atención de los pacientes con trastornos mentales ha sido una constante histórica.*

*Desde la época de la colonia y en la tradición religiosa española, la asistencia de la alienación mental contó con la "loquería" del Hospital de Caridad de Montevideo (1788). Medio siglo después de ser un país independiente, con la construcción del Manicomio Nacional (1880), la psiquiatría inició su desarrollo centrada en el asilo-hospital. En la línea de una medicina francesa, se crearon instituciones como la Cátedra (1908) y la Sociedad (1923) de Psiquiatría, que con sus actividades académicas vitalizaron permanentemente el crecimiento de esta rama médica.*

*Desde finales de la década del 60, oscilando entre el pensamiento europeo y la gravitación norteamericana, se ha ingresado a una transformación progresiva de la psiquiatría con sus luces (extensión de la psiquiatría a todo el país, mayor pragmatismo de la atención con apertura a la comunidad, desplazamiento académico hacia instituciones no públicas, integración de modelos, etc.) y sus sombras (riesgo creciente de abandono de la psicopatología y de banalización del diagnóstico y la terapéutica).*

## Palabras clave

Uruguay  
Historia  
Psiquiatría

## Summary

*In Uruguay, a country located in South America, between Brazil and Argentina, with a population of three million and high rates of literacy and access to health services, the assistance of patients with mental disorders has been a historical constant.*

*Since the country was a colony, under the Spanish religious tradition, the assistance of the mentally insane laid upon the "loquería" ("madhouse") of the Charity Hospital of Montevideo (1788). Half a century after the country achieved independence, with the building of the National Insane Asylum (1880), psychiatry began its development around the asylum-hospital. Following the trends of French medicine, institutions were created such as the Psychiatric Clinic (1908) and Society (1923), which, with their academic activities, gave life to the permanent growth of this field of medicine.*

*From the late sixties, oscillating between European thinking and North American gravitation, psychiatry has entered a progressive transformation process, with its lights (extension of the specialty to the whole country, greater pragmatism of assistance broadening its outlook to the community, academic involvement of non-public institutions, model integration, etc.), and its shadows (increasing risk of abandoning psychopathology and banalization of diagnosis and therapeutics).*

## Key words

Uruguay  
History  
Psychiatry

## Autor

### Humberto Casarotti

Psiquiatra, Neurólogo, Médico Legista. Ex Perito Psiquiatra del Instituto Técnico Forense.

Correspondencia:  
Presidente Berro 2529/31  
CP 11600 - Montevideo  
hcasaro@adinet.com.uy

El Uruguay<sup>1</sup> es un país pequeño de América del Sur, ubicado entre Argentina y Brasil<sup>2</sup> a 35 grados de latitud sur y 55 de longitud oeste, que inició su historia cuando España fundó en 1724-30 la ciudad de Montevideo<sup>3</sup>, con el objetivo de frenar el avance portugués sobre sus tierras, que habían sido valorizadas por la introducción de la ganadería<sup>4</sup>.

## I

Durante la mayor parte del período colonial, que se extendió hasta comienzos del siglo XIX, los pacientes mentales fueron tratados en Uruguay de la misma manera que en el resto del mundo: vagando por las calles, viviendo de la mendicidad y siendo reclusos en prisión cuando cometían actos antisociales<sup>5</sup>. Al fundarse en Montevideo en 1788 el Hospital de Caridad<sup>6</sup>, uno de sus primeros pacientes fue un enfermo mental<sup>7</sup>, pero sólo a partir de 1817 se contó con algunos espacios dedicados a estos pacientes<sup>8</sup>, siendo su atención el resultado de la tradición española, religiosa y humanitaria. Completado el proceso de la independencia de España y de Portugal entre 1813 y 1825, el país que había nacido dividido<sup>9</sup> ingresó en 1843 en la Guerra Grande<sup>10</sup>. Aunque durante ese período fue organizándose progresivamente la asistencia médica<sup>11</sup>, las condiciones no eran favorables a la atención de los enfermos mentales, y el desarrollo técnico de la psiquiatría se inició al finalizar el conflicto y vinculado al “aluvión de médicos arribados al Río de la Plata en los navíos de las escuadras francesa e inglesa”<sup>12, 13</sup>.

## II

La praxis psiquiátrica se inició relacionada al análisis de casos médico-legales, al igual que en la mayor parte de los países<sup>14</sup>. Para cumplir con la atención psiquiátrica se creó para un cuarto de millón de habitantes, el primer “Asilo

de dementes” en 1860 y en 1880, duplicada la población, se inauguró el Manicomio Nacional<sup>15</sup>, denominado Hospital Vilardebó a partir de 1910<sup>16</sup>. En ambos lugares los responsables de la atención fueron inicialmente médicos y homeópatas y progresivamente médicos orientados hacia el estudio de la alienación mental<sup>17</sup>, influidos en sus conceptos al igual que en el resto de la medicina, por la escuela médica francesa.

El Manicomio fue construido durante el período militarista (1875-1886) que siguió al agotamiento del viejo “Uruguay comercial, pastoril y caudillesco”<sup>18</sup>. Esa construcción fue uno de los desarrollos del primer proyecto de modernización del país. En esa época se organizó el Estado, se reorganizó la agropecuaria, se mejoró las comunicaciones con integración del país interior a la ciudad-puerto de Montevideo, se logró condiciones de seguridad, se modernizó la producción<sup>19</sup>, y especialmente se realizó una reforma del sistema educativo primario (1875) y también de la Universidad Mayor (1885) buscando una dimensión más utilitaria. En 1876 fue creada la Facultad de Medicina.

El Uruguay a partir de la última década del siglo XIX y durante los primeros treinta años del siglo XX, culminó la modernización estableciendo reformas sociales, económicas y políticas que transformaron al país en una sociedad equilibrada, progresista, optimista y confiada, que fue denominada “la Suiza de América”<sup>20</sup>. Durante ese período se creó, en 1908, la Cátedra de Psiquiatría<sup>21</sup> y en 1923, la Sociedad de Psiquiatría<sup>22</sup>, dos entidades conformadas por pequeños grupos de técnicos. Estas estructuras docentes y científicas<sup>23</sup> que funcionaron dentro del Hospital Vilardebó fueron el factor primordial en el desarrollo de la psiquiatría nacional<sup>24</sup>. Los catedráticos de psiquiatría de este período se formaron o completaron su formación asistiendo a las principales clínicas europeas<sup>25, 26</sup> y participa-

ron de un pensamiento psiquiátrico francés<sup>27</sup> de carácter vitalista<sup>28, 29</sup>. La actividad de la Sociedad de Psiquiatría quedó registrada en la publicación de su revista que, iniciada en 1929<sup>30</sup>, ha continuado editándose hasta el momento actual, registrando no sólo la producción local, sino también la de colaboradores del exterior<sup>31</sup>.

Al tener que responder a las exigencias del tratamiento de la patología mental la asistencia, centrada inicialmente en la hospitalización de los episodios agudos<sup>32, 33</sup>, se ocupó progresivamente de la prevalencia de la patología crónica. En 1912 se desarrolló el espacio asistencial de tipo “colonia agrícola” como una primera forma de comunidad terapéutica, asociado a la creación de hogares protegidos o sistema de “Asistencia familiar de alienados”<sup>34</sup>.

De 1933 a 1936 el Uruguay pasó por un período de quiebre institucional, durante el cual fueron aprobadas medidas legales relacionadas con los enfermos mentales, que aún están vigentes. Por un lado, el artículo 30 del Código Penal que reconoce la inimputabilidad por patología mental, y por otro la ley 9.581 sobre la organización de la atención psiquiátrica y la regulación de la hospitalización de los pacientes<sup>35</sup>.

### III

A partir de la segunda guerra mundial, Uruguay, después de un período de estabilidad político-social y de bonanza económica, entró en crisis en los 60 y sufrió desde 1973 a 1984 una dictadura militar.

Durante el período de estabilidad, simultáneo al desarrollo de una psiquiatría terapéuticamente eficaz, se consolidó la Cátedra de Psiquiatría<sup>36</sup> que integró conceptos dinámicos en paralelo con el desarrollo del psicoanálisis en el país<sup>37</sup>. Se inició la especialización<sup>38</sup>, convertida la psiquiatría en una actividad médica con buena

renta. La formación en psicología<sup>39</sup> siempre estuvo vinculada al estudio y al tratamiento de la patología mental, lo que generó diversas polémicas a lo largo de la historia con relación al tratamiento de pacientes por técnicos no médicos<sup>40</sup>. En los años de bonanza económica los psiquiatras, en número reducido, repartían su tiempo entre la asistencia de los episodios psicóticos agudos en hospital o sanatorios y la aplicación de psicoterapias de larga duración en sus consultorios privados. Los modelos que dividían a los técnicos se desarrollaban en el contexto de la Sociedad de Psiquiatría y de la Asociación Psicoanalítica, sin que en la praxis fuese posible distinguirlos por su orientación teórica<sup>41</sup>.

La atención psiquiátrica se hacía casi exclusivamente en la capital del país, sin organización y con carencia de programas de atención de salud pública. La “apertura” de los servicios psiquiátricos determinada por la evolución terapéutica, hizo sentir la necesidad de reorganizar la asistencia en patología mental<sup>42</sup>. En 1966, sobre la base de las conclusiones del informe de un consultor de la Organización Mundial de la Salud<sup>43</sup>, se iniciaron cambios, aunque limitados a los servicios públicos.

El modelo psicoanalítico fue preponderante en la formación de los psiquiatras<sup>44</sup> y su influencia se extendió a la Facultad de Medicina, con relación a la formación de los psiquiatras de niños<sup>45</sup> y también en otros aspectos<sup>46</sup>. Con relación a la evolución política en América Latina, grupos de psicoanalistas muy politizados cuestionaron diversos aspectos de su práctica<sup>47</sup>. También el pensamiento lacaniano creó sus grupos de trabajo, integrándose sus cultores en diferentes áreas del quehacer psiquiátrico<sup>48</sup>.

Uruguay participó de la creación y desarrollo de la psiquiatría latinoamericana<sup>49</sup>, integrándose a la APAL desde sus inicios en 1960, y fue sede del VII Congreso en 1972<sup>50, 51</sup>.

El Ministerio de Salud Pública del gobierno dictatorial inició cambios en la organización psiquiátrica. Extendió al interior del país la asistencia por la creación de servicios de hospitalización y la radicación de psiquiatras en algunos departamentos<sup>52</sup>. En Montevideo, se disminuyó la población de pacientes hospitalizados y se abrieron simultáneamente servicios en “salud mental” de atención externa, y se intentó luego cerrar el Hospital Vilardebó y abrir otro hospital en el área suburbana. Con relación a la asistencia privada se decretó la obligación de las Instituciones de Atención Médica Colectiva de cubrir la hospitalización psiquiátrica. El análisis crítico que de estos y otros cambios realizó en 1984 una comisión de la Sociedad de Psiquiatría<sup>53</sup>, constituyó la base programática del programa de Salud Mental que fue aprobado en 1986, pero solo parcialmente desarrollado hasta el momento actual.

#### IV

Hasta 1984 Uruguay contaba con una única universidad, y desde entonces se hizo posible la creación de otros centros universitarios<sup>54</sup>. A partir de la recuperación de la vida democrática los desarrollos en psiquiatría han sido numerosos y variados.

La docencia ha mejorado<sup>55</sup> en los programas de grado y de posgrado<sup>56</sup> y desde 1990 se desarrollan actividades de “educación continua” en psiquiatría<sup>57</sup>. El incremento del número de psiquiatras radicados en los departamentos del interior mejoró la asistencia y llevó a la creación en 1984 de una nueva asociación de psiquiatras<sup>58</sup>, la que ha desarrollado una actividad continua de formación de sus integrantes<sup>59</sup>.

La asistencia psiquiátrica que ha iniciado con dificultad su transformación<sup>60</sup>, carece de coordinación y de continuidad<sup>61</sup> y los cam-

bios, sin estar fundamentados en estudios epidemiológicos, solo encaran la atención de los pacientes con psicosis crónicas en los servicios públicos<sup>62</sup>, aun cuando las formas de asistencia de pre-pago abarcan a más del 70% de la población<sup>63</sup>. La disminución de camas del hospital de agudos se ha compensado con la creación de camas psiquiátricas en los hospitales generales, pero la marcada reducción de camas de pacientes asilados no se ha visto equilibrada por formas alternativas de atención<sup>64</sup>.

Desde hace diez años se ha encarado el abuso y adicción de alcohol y drogas, en sus aspectos asistenciales<sup>65</sup>, y también preventivos y de rehabilitación<sup>66</sup>. El área de pacientes con demencia no recibe la atención necesaria a pesar de la tendencia al envejecimiento de la población<sup>67</sup>.

En la actualidad existe con relación a la rehabilitación iniciada a comienzos del siglo con la creación de la asistencia familiar<sup>68</sup>, un proyecto nacional dirigido a los pacientes psicóticos que busca coordinar las necesidades de los sectores público y privado<sup>69</sup>.

La subespecialización creciente del campo psiquiátrico llevó a la Sociedad de Psiquiatría a dividir su trabajo en “capítulos” operativos y determinó el surgimiento de múltiples asociaciones, algunas relacionadas con modelos de psiquiatría como, por ejemplo: Centro Henri Ey<sup>70</sup>, Sociedad de Psiquiatría Biológica, Sociedad de Psicología Analítica Junguiana<sup>71</sup>, Sociedad de Psiquiatría Social, y otras con formas de tratamiento como, por ejemplo: sociedades cognitivo-comportamentales<sup>72</sup>, Sociedad de Psicodrama, Sociedad de Ensueño Dirigido<sup>73</sup>, etcétera.

La extensión de la psiquiatría a todo el país, el mayor pragmatismo de la atención con apertura a la comunidad, el desplazamiento académico hacia instituciones no públicas

y la multiplicación de asociaciones de psiquiatras han tenido lugar en el contexto de cambios económicos y sociales. Entre estos cambios cabe señalar: el retorno a un encuadre médico de la psiquiatría, el crecimiento de las demandas por responsabilidad profesional, los cambios en la valoración y en los tipos de psicoterapia<sup>74</sup> y la existencia de un alto número de técnicos<sup>75</sup> en medio de una economía en recesión. En ese contexto se ha instalado una situación contradictoria para las diferentes asociaciones de psiquiatras. Por un lado, la necesidad de cada sociedad de insistir en su modelo psiquiátrico y por otro, la necesidad de desarrollar aspectos que, como resultado de la evolución de la psiquiatría<sup>76</sup>, han pasado a formar un “bien común”. La existencia de ese conflicto ha determinado que las diferentes sociedades encaren los mismos puntos desde su modelo parcial, pero sin profundizar en la búsqueda de modelos integrativos<sup>77</sup>. Aunque la psiquiatría uruguaya siempre estuvo abierta a las diferentes doctrinas<sup>78</sup>, el haberse mantenido fuertemente anclada en la clínica<sup>79</sup> le evitó, hasta los últimos años, las consecuencias pragmáticas negativas del eclecticismo. La debilidad estructural implicada en el sincretismo psiquiátrico actual ha resistido mal el impacto de los DSM<sup>80</sup>. Estos manuales con su descriptivismo operacional “ateórico” y su carencia de psicopatología<sup>81</sup>, constituyen un riesgo real de banalización del diagnóstico y la terapéutica y una posibilidad de utilización acrítica de las psicopatologías cognitivista y psicoanalítica.

## V

Otro desarrollo psiquiátrico iniciado en Uruguay durante las últimas décadas ha sido el de los estudios de historia de la psiquiatría.

Relacionado con el hecho de la corta vida del país, las investigaciones históricas de la medicina nacional<sup>82</sup> han sido realizadas como

crónicas de acontecimientos y de personalidades relevantes, sin constituir estudios sistemáticos<sup>83</sup>. Lo mismo ha sucedido con relación a las investigaciones históricas de psiquiatría realizadas por médicos<sup>84</sup>.

Por otro lado, algunos historiadores profesionales han ingresado a la historia de la psiquiatría uruguaya<sup>85</sup> siguiendo los lineamientos de la escuela francesa de Annales. Estos desarrollos historiográficos, integrando conceptos marxistas, psicoanalíticos y estructuralistas, han realizado lecturas que reiteran conceptos sobre “el poder médico” o cuyo objetivo central ha sido crear la “historia de las mentalidades”<sup>86</sup>.

De acuerdo con las reflexiones de A. Scull<sup>87</sup>, en Uruguay se hace necesario abandonar la reiteración polémica de la historia de los asilos psiquiátricos e ingresar en las investigaciones diversificadas que el estado actual del desarrollo de la psiquiatría nacional exige<sup>88</sup>.

## Notas

1. Uruguay es considerado por el Human Development Report, 2001, de acuerdo con diversos índices, un país de “alto nivel de desarrollo”. Tiene una baja densidad de población (3.360.868 habitantes) y por el bajo índice de natalidad, la no inmigración y un fuerte componente emigratorio el país tiende al envejecimiento con un 12.8% de población con más de 65 años y una expectativa de vida de 74.2 años. El índice de alfabetización es del 97.7% y cuenta con un 12.6% de población de nivel cultural terciario. El 95% utiliza servicios de salud adecuados y el 98% puede acceder a los fármacos esenciales. (Instituto de Estadística del Uruguay, 2002). El 90% de su población es de raza blanca resultante de la inmigración española e italiana de fines del siglo XIX y comienzos del XX. A diferencia del resto de América Latina que es un continente mestizo, Uruguay no tiene indígenas, y es muy bajo el índice de población negra y extranjera. Con una urbanización del 90%, el 60% de la población se concentra en el área metropolitana, particularmente en Montevideo, su capital, distribuyéndose el 40% restante en 18 departamentos. A pesar de ser un país de llanuras que constituyen una fértil pradera sin accidentes naturales y abundante riego, con el 87% cultivable, sólo es utilizada una tercera parte de su territorio, estando dedicado en su mayoría a la ganadería extensiva. La atención médica

es cumplida por servicios públicos, por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, por seguros de pre-pago y por la atención privada (Margolis E, Piazza N. *Organización de la atención médica en Uruguay*. Montevideo: Nordan; 1989).

2. Los desarrollos históricos han llevado a proponer dos sistematizaciones historiográficas enfrentadas con relación al surgimiento como Estado independiente del pequeño país que es Uruguay (Methol-Ferré A. *El Uruguay como problema* (2ª ed). Montevideo: Banda Oriental; 1971). Por un lado la tesis independentista que ve en el nacimiento del país el fruto de una voluntad “nacional”, y por otro, la tesis unionista, más federalista, que considera que el surgimiento del país fue el resultado de influencias externas (Caetano G. *Notas para una revisión histórica sobre la “cuestión nacional” en el Uruguay*. En: *Cultura(s) y nación en el Uruguay de fin de siglo*. Montevideo: Trilce; 1991, p. 23).

3. La intención de España al fundar Montevideo fue hacerlo como “fortaleza militar para frenar el avance portugués” (Bauzá F. *Historia de la dominación española en el Uruguay* (t 6). Montevideo: Barreiro y Ramos; 1946). Ese carácter de “plaza fuerte” impuso en lo cultural y en el comercio un “estado larval”, del cual recién comenzó a salir hacia fines del siglo XIX. A diferencia de otros centros coloniales, culturalmente ricos como México y Lima debido a una emigración culta, la que pobló Montevideo y Buenos Aires “fue más civil que eclesiástica, y más comercial que letrada” (Zum Felde A. *Evolución histórica del Uruguay*. Montevideo: Imprenta Marcelino García; 1945).

4. Torres J de. *Brevísima historia del Uruguay*. Montevideo: Arca; 1994, p. 18.

5. G. Vidal señala que hasta las revoluciones burguesas de fines del siglo XVIII el tratamiento de los pacientes psiquiátricos era deplorable, “desgarradoramente inhumano a los ojos de un observador actual, tanto allende como aquende el Atlántico” y que “en 1800 la suerte de un paciente de la mente no era mejor en París que en Buenos Aires o Nueva York”. (Vidal G. *Prólogo de: Mariátegui J. La psiquiatría en América Latina*. Buenos Aires: Losada; 1990, pp. 11-15).

6. Jaureguy MA. *Historia del Hospital de Caridad de Montevideo (1788-1925)*. Montevideo: Facultad de Medicina (monografía No. 2163); 1952.

7. A. Soiza, médico legista, ha realizado varias investigaciones sobre la psiquiatría uruguaya en la época colonial: a) Soiza A. *Antecedentes históricos sobre el desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay (1788-1912)*. *Rev Psiquiatr Urug* 1980; 45:97-119; b) Soiza A. *Esbozo histórico sobre la psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay (1788-1907)*. *Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48:1-19; c) Murguía D, Soiza A. *Desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay*. En: *Mariátegui J. La psiquiatría en América Latina*. Buenos Aires: Losada; 1990, pp.183-195 En esta última publicación los autores analizan cuatro aspectos:

1) la asistencia institucional, 2) el comienzo de la actividad psiquiátrica, 3) el desarrollo de un pensamiento psiquiátrico nacional, y 4) la identidad de la psiquiatría uruguaya.

8. La Hermandad de Caridad fundadora del hospital, de raigambre católica masónica (Ardao A. *Racionalismo y liberalismo en el Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República; 1962. *La francmasonería antes de 1850*, pp. 117-126), que continuó con sus actividades hasta 1844, no logró organizar una “casa de locos” al ser reconstruido el local.

9. Las dos tendencias políticas que surgieron alrededor de los primeros presidentes después de 1830, los “blancos” y los “colorados”, se convirtieron a lo largo de la historia en dos estilos antagónicos de entender al país, que hasta hace pocos años aún recogían la adhesión de la mayoría de los habitantes.

10. Esa confrontación que duró de 1843 a 1851 y que involucró inicialmente a los bandos locales, se extendió luego al Río de la Plata, y terminó siendo una lucha internacional de la que participaron ingleses y franceses. Montevideo era en esa época, “una colonia europea en el Río de la Plata” ya que de sus 30.000 habitantes, dos tercios provenían de Europa.

11. Mañé-Garzón F, Burgues S. *Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX*. Montevideo: Oficina del Libro AEM; 1996.

12. Cf. Soiza. Op. cit.;1983.

13. Gibert P, Martínez P. *La France et les français à Montevideo entre 1830 et 1870*. (monographie). Montevideo: UCUDAL; 1986.

14. Cf. Soiza A. *Historia de la medicina legal y de los peritajes médico-forenses en el Uruguay (1724-1883)*. En: *Puppo H, Murguía D, Puppo D. Psiquiatría forense*. Montevideo: Editorial Médica; 1985, pp. 1-45. Las primeras clases de psiquiatría que fueron anteriores a la Clínica Psiquiátrica, formaban parte del currículum del curso de Medicina Legal, y hasta hace pocos años, el examen de patología mental se rendía dentro del programa de Medicina Legal.

15. En la construcción de los diversos espacios para la atención psiquiátrica fue evidente en Uruguay la influencia del pensamiento europeo. De los cuatro tipos arquitectónicos descritos por Skalevag S. *Constructing curative instruments: psychiatric architecture in Norway, 1820-1920*. *History of Psychiatry* 2002; 13:51-68, sólo fueron construidos los últimos. Los dos primeros nunca fueron construidos: ni el tipo “radial panóptico” bedlamiano de 1800, donde predominaba la “vigilancia”, ni el tipo de “pabellones” separados y ordenados jerárquicamente, de acuerdo con los conceptos del “tratamiento moral” de 1820-40. El Manicomio Nacional inaugurado en 1880 correspondió al asilo de construcción “en bloque” desarrollado cuando, abandonada la teoría miasmática,

fue posible crear áreas de socialización como factor de curación, en edificios rígidamente separados del mundo exterior. Posteriormente, al igual que en el resto del mundo comenzaron a desarrollarse a partir de comienzos del siglo XX los espacios tipo “colonias agrícolas”.

**16.** Gorlero R. *A un siglo de la inauguración del hospital “Vilardebó”*. *Rev Psiquiatr Urug* 1980; 45:87-96.

**17.** Publicaciones sobre diversas cuestiones psiquiátricas, que a veces eran tesis de doctorado, vieron la luz durante ese período, por ejemplo, sobre: epilepsia, organización interna de los asilos, hipnoterapia, legislación sobre alienados, etc. Cf. a) *Murguía D, Soiza A. 1990, op. cit.*; b) *Buño W, Bollini H. Tesis de doctorado presentadas a la Facultad de Medicina de Montevideo entre 1881 y 1902. Revista Histórica (Montevideo) 1980; 52:154-156.*

**18.** *Caetano G, Rilla J. Historia contemporánea del Uruguay (de la colonia al Mercosur). Montevideo: Fin de Siglo; 1994.*

**19.** *Arteaga JJ. Uruguay: breve historia contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.*

**20.** Aumento de la urbanización, crecimiento de la inmigración, impulso fuerte de la educación con obligatoriedad de la enseñanza primaria, facilitación del acceso a la formación terciaria, sufragio universal, todo lo cual generó el desarrollo de una clase media como una de las características típicas del Uruguay durante el siglo XX (cf. *Arteaga JJ. Op. cit.*; 2000).

**21.** *Puppo-Touriz H. La Cátedra de Psiquiatría (su evolución histórica). Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48:19-36.

**22.** *Martínez-Pesquera G. Reseña histórica de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48:37-41.

**23.** *Ramírez F. Pasado, presente y esperanza de futuro de la psiquiatría nacional. Rev Psiquiatr Urug* 1980; 45:154-168.

**24.** a) *Cáceres G, Puppo-Touriz H. Relación histórica de la Sociedad de Psiquiatría con el Hospital Vilardebó. Rev Psiquiatr Urug* 1980; 45:149-153; b) *Valmaggia A. 75º aniversario de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y 90 años de la Clínica Psiquiátrica. Rev Psiquiatr Urug* 1999; 63:6-7.

**25.** En la época era frecuente que los alienistas hicieran cursos, por ejemplo, en Francia con H. Claude, en Italia con A. Tanzi, en Berlín con Bonhoeffer, etc. También en neurología, por ejemplo, la tesis: “Étude clinique sur la maladie de Friedreich” de F.V. Soca cuyo nombre ha quedado relacionado con la descripción de esta afección.

**26.** A partir de 1900 la Universidad que contó con importantes fondos económicos y con equipos docentes de europeos y de uruguayos formados en Europa, comenzó su transformación a través de algunos procesos: a) aumento

de sus facultades y b) ingreso a una política de descentralización, c) búsqueda de respuesta a los problemas sociales. (*Breve historia de la Universidad República. Montevideo: Universidad de la República; 1989.*)

**27.** *Murguía D. Raíces francesas de la psiquiatría en Uruguay. Homenaje a Henri Ey, 3/10/1997. Montevideo: Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey (CEIP); 1997.*

**28.** El Dr. Bernardo Etchepare, primer catedrático de psiquiatría, sólo estimó válidas las teorías biológicas, incluso al interpretar la psicología freudiana. Su continuador, el Dr. S. Carlos Rossi, también consideraba que los conceptos biológicos eran los únicos consistentes. Influidor por la lectura de las obras de G. Le Bon y de F. Le Dantec (en la colección de E. Flammarion) y participando de la orientación lamarckiana, publicó un libro sobre: *Rossi S.C. El criterio fisiológico. Montevideo: Imprenta Moderna; 1919*, donde dominaba el concepto de adaptación (cf. *Mañé-Garzón F. Un siglo de darwinismo. Montevideo: Facultad de Medicina; 1990, pp. 193-208.*)

**29.** a) *Murguía DL. Evocación de los que pasaron. Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48:42-54. b) *Casarotti H. (ed). Algunas figuras relevantes de la psiquiatría uruguaya. Do Campo O. Bernardo Etchepare; Mañé-Garzón F. Santín Carlos Rossi; Murguía D. Antonio Sicco; Bachini O. Elio García Austt. Homenaje a Henri Ey, 5/9/1997. Montevideo: Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey (CEIP); 1997.*

**30.** G. Vidal señala en su comentario sobre esta revista que es la “decana de las publicaciones latinoamericanas” (*Vidal G. Comentario. Rev Psiquiatr Urug* 1996; 65:95-96).

**31.** Desde sus comienzos y hasta el momento actual, la psiquiatría uruguaya ha mantenido vínculos con los medios académicos del exterior. Muestra de esto han sido algunos de sus ilustres visitantes: L. von Meduna (1936), E. Mira y López (1940), H. Ey (1957), J.J. López-Ibor (1960), R. Tissot (1983), H. Akiskal (1994), F.K. Goodwin (1996), J. Garrabé (1997), O.K. Kernberg (1997), y otros (cf. *Martínez-Pesquera G. Op. cit.*; 1983).

**32.** a) *Murguía DL. Salud mental. Evolución de la asistencia psiquiátrica. Rev Psiquiatr Urug* 1980; 45: 120-126; b) *Murguía DL. Evocación de los que pasaron. Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48:42-54.

**33.** Los pacientes del Hospital Vilardebó eran en su mayor parte “pacientes agudos”. De acuerdo con una estadística de 1936, de 1663 ingresos: 70% alta, 20% derivados a las Colonias de crónicos, 10% fallecidos (*Sicco A. Razones por las cuales la Sociedad de Psiquiatría debe proponer la construcción de un hospital urbano. Rev Psiquiatr Urug* 1937; 8:5-10).

**34.** a) *Garmendia F. La asistencia familiar de alienados en el Uruguay. Rev Psiquiatr Urug* 1930; 2:639-656; b) *Garmendia FS. Memoria sobre la Colonia Etchepare.*

*Rev Psiquiatr Urug* 1927; 1:639-656; c) *García-Austt E, Sicco A. Asistencia Familiar en el Uruguay (informe 5/5/1931)*; d) *Arduino M, Cáceres D, Grasés E. Aspectos histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las Colonias B. Etchepare y S. C. Rossi en un período de 80 años. Rev Psiquiatr Urug* 1995; 59:19-34.

**35.** Esta ley fue elaborada siguiendo los lineamientos de la ley francesa de 1838 en su respeto a la persona del paciente y en su consideración a la seguridad de la comunidad. Las terapéuticas eficaces con que fue contando la psiquiatría a partir de la década del 30 hicieron que en la práctica cotidiana no fuera necesario aplicar sus ítems prescriptivos (*Casarotti H, Pereira T. Ley 9581 de Asistencia de Psicópatas de 1936. Rev Psiquiatr Urug* 2000; 64:256-285).

**36.** En aquellos años, la Cátedra de Psiquiatría fue dirigida sucesivamente por: A. Sicco, E. García-Austt y F. Ramírez (cf. *Algunas figuras relevantes de la Psiquiatría Uruguaya*. Op. cit.).

**37.** a) *Neme JC, Maggi I. Reseña histórica de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Hoja del candidato* 1984; 4:15-22; b) *Korovsky E. El psicoanálisis en el Río de la Plata. Rev Psicoterapéutica Psicoanalítica* 1985; 1:25-44; c) *Freire M. Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1988; 77:3-10.

**38.** Certificado de Especialista en psiquiatría otorgado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, sobre la base de un currículum de tres años de actividad hospitalaria, con presentación de una monografía y pruebas.

**39.** En el Uruguay los estudios e investigaciones en psicología se iniciaron en el Laboratorio de Psicología experimental, luego Laboratorio Psicopedagógico. En la década del 50 se creó en la Facultad de Medicina el Laboratorio Psicológico de la Clínica Psiquiátrica y simultáneamente se creó una cátedra de Psicología en la Facultad de Humanidades, y posteriormente un Instituto, transformado actualmente en Facultad de Psicología.

**40.** Lo que en 1958 fue una polémica entre psiquiatras y no-médicos (Una polémica de nuestro siglo: médicos y psicoanalistas. Cf. diversos artículos en la prensa, 1958), se ha convertido progresivamente en relaciones de colaboración. Los motivos de esta evolución han sido: el haber pasado las psicoterapias de ser “el” tratamiento en psiquiatría a ser sólo “una” de sus técnicas, la evolución diagnóstica y terapéutica lograda en la especialidad, y también los nuevos aspectos de responsabilidad profesional (consentimiento válido, eficacia real de los tratamientos, etc.).

**41.** Los diferentes técnicos que operaban en el área de la patología mental lo hacían dentro del modelo que G. Lanteri Laura llamó de “estructuras psicopatológicas” (*Lanteri-Laura G. Essai sur les paradigmes de la*

*psychiatrie moderne. Paris: Du Temps; 1998*). Aunque ese contexto de lectura “psicológica” primordialmente psicoanalítica, desvalorizaba las exigencias de formación psiquiátrica, en Uruguay no se llegó a desarrollar un verdadero movimiento anti-psiquiátrico.

**42.** a) *Ramírez F, Reyes-Terra JM, Barindelli L. Propuesta al Ministerio de Salud Pública, 1961; Comisión del MSP: Plan general de reorganización psiquiátrica*; b) *Ramírez F. Sobre organización de la asistencia psiquiátrica. Rev Psiquiatr Urug* 1964; 29:3-18.

**43.** *Chanoit P. Informe sobre la salud mental en Uruguay. Montevideo: OPS-OMS; 1966.*

**44.** “El psicoanálisis ha puesto una nota distintiva a toda la psiquiatría del Río de la Plata... y del sur de Brasil... con una densidad de psicoterapeutas muy alta...” (cf. Vidal G. Op. cit.; 1990).

**45.** *Prego LE. Notas y comentarios sobre los orígenes del psicoanálisis de niños en el Uruguay. En: FEPAL. Psicoanálisis de niños y adolescentes en América Latina (desarrollos y perspectivas). Vol. II. Bibl Peruana de Psicoanálisis.*

**46.** El psicoanálisis repercutió en la Facultad de Medicina donde los psicoanalistas trabajaron en su inserción en el ciclo básico y en los programas de Psicología Médica de los nuevos planes de estudio (cf. *Neme JC, Maggi I., 1984*). También se dio un intento de crear un posgrado de psicoterapia psicoanalítica en la Universidad Católica Dámaso A. Larrañaga (cf. *Korovsky. Op. cit.; 1985, p. 42*).

**47.** Hacia el final de los 60 en la Argentina se escindieron de la APA dos grupos muy politizados (Plataforma y Documento) con los que se relacionaron psicoanalistas uruguayos que expusieron su pensamiento en “*Cuestionamos I (1971) y Cuestionamos II (1972)*”. (Cf: *Korovsky. Op. cit.; 1985, p. 35*).

**48.** A partir de 1977 se organizó en Montevideo el “Grupo freudiano de trabajo” que dio paso en 1981 a la Escuela Freudiana de Montevideo, inscripta en el movimiento Convergencia. A partir de 1989 se creó la Escuela lacaniana de psicoanálisis cuyos cultores sostienen fuertemente que el aporte de Lacan “reclama un espíritu crítico sobre el psicoanálisis... un trabajo que responda a las cuestiones que no cesan de plantearse al psicoanálisis...” (*Capurro R. ¿Lacan en Montevideo? En: Homenaje a Lacan, Montevideo, Paraninfo de la Universidad 1/12/01*).

**49.** *Mariátegui J. La psiquiatría en América Latina. Buenos Aires: Losada; 1990.*

**50.** a) *Murguía DL. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Rev Psiquiatr Urug* 1987; 52:113-115; b) *Bustamante JA. Historia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Rev Psiquiatr Urug* 1988; 53:8-16; c) *Murguía DL. Aportes para la historia de APAL. Rev Psiquiatr Urug* 1988; 53:17-18.

- 51.** Con el VII Congreso de APAL, se realizó el I Congreso Uruguayo de Psiquiatría. Este congreso reunió a los distintos grupos de psiquiatras para analizar el estado actual de la psiquiatría en el país e iniciar el proceso de reorganización, que por la dictadura se vio postergado. (Casarotti HL. *Estado actual de la psiquiatría en el Uruguay: Investigación. Rev Psiquiatr Urug* 1974; 39:3-36. *Clínica Psiquiátrica Facultad de Medicina. Estado actual de la psiquiatría en el Uruguay: Aspectos docentes. Rev Psiquiatr Urug* 1975; 40:3-30).
- 52.** Como ejemplo de este “descentramiento” de la asistencia de la capital del país, cf. Álvarez M. *Estudio de la patología psíquica de la población de Paysandú (consulta psiquiátrica en el grupo de 15 a 21 años). Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48:209-215.
- 53.** *Sociedad de Psiquiatría del Uruguay: Comisión de Salud Mental 1984*. I. Situación de la asistencia psiquiátrica y propuesta de cambio. *Rev Psiquiatr Urug* 1986; 51:1-16; II. Crítica de las medidas en asistencia psiquiátrica adoptadas durante el proceso político actual. *Rev Psiquiatr Urug* 1986; 51:59-62.
- 54.** Una de ellas, la Universidad Católica D. A. Larrañaga (UCUDAL), cuenta con grado de psicología y dos posgrados, uno en Psicología Analítica y otro en Drogadicción.
- 55.** A pesar de que en el área de “salud mental” de la Facultad de Medicina la identidad del psiquiatra ha quedado desdibujada, por el predominio del modelo psicoanalítico y por la prioridad acordada a otras “praxis psicológicas” dentro de la medicina (psicología médica, neuropsicología, etc.).
- 56.** a) El programa actual de formación psicológica y psiquiátrica del médico general abarca: 1) desarrollo de temas psicológicos en el ciclo básico; 2) clases de “psicología médica” durante tres semestres; 3) clases semanales de psiquiatría durante dos semestres; 4) examen escrito final. b) El posgrado de psiquiatría tiene una duración de tres años con: 1) seis semestres de clínica psiquiátrica; 2) breves pasantías por psiquiatría de niños, neuropsicología, rehabilitación, psicoterapia; 3) análisis de una historia clínica y monografía –no tesis– de una cuestión psiquiátrica; 4) pruebas clínicas. c) El posgrado de psiquiatría de niños ingresando a un modelo más médico ha salido del margen estrecho del esquema psicoanalítico previo.
- 57.** Las diferentes asociaciones de psiquiatras han contribuido con sus aportes específicos al desarrollo de estos programas aunque se discute sobre el modo de realizar esta “educación continua” (cf. Casarotti H. *Educación Médica Continua en psiquiatría (ponencia y debate). Rev Psiquiatr Urug* 2002; 65:189-222).
- 58.** Cf. González-Yossi H. Asociación de Psiquiatras del Interior (API): recursos humanos, ámbitos de trabajo, encuesta laboral. Panel Sociedad de Psiquiatría, 30/6/2000.
- 59.** A partir de su creación y buscando cubrir la formación continua de sus asociados, API ha realizado 32 encuentros.
- 60.** Strozzi C. *Perspectivas del sistema de atención en salud mental en Uruguay. XXVI Encuentro Nacional de API, Salto; 1999*.
- 61.** Sólo se cumple con la atención de los psicóticos crónicos cuando los 11 equipos de “salud mental” creados en Montevideo y los 11 del interior funcionan adecuadamente.
- 62.** Strozzi C. *Tratamiento integral en la comunidad de personas con trastornos psicóticos. Uruguay. Conferencia AMP, Granada, 3/1999*.
- 63.** Los servicios privados de hospitalización cubren más de la mitad de las hospitalizaciones por episodios agudos. Esos servicios dejaron de ser los espacios de asilamiento y de atención de agudos (de meses de duración) que eran entre 1930-1950, para ser actualmente servicios exclusivamente de pacientes agudos. A partir de 1973 la obligación de cubrir la hospitalización de los servicios de pre-pago permitió la cobertura de un mayor número de personas, la que se cumple con menos días de hospitalización. Cf. Trujillo D. Datos sobre un servicio de hospitalización privado (Sanatorio Villa Carmen, Montevideo, 2002).
- 64.** A lo largo de los años, además del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (cf. nota 68), se han desarrollado algunas estructuras para la asistencia alternativa de pacientes graves. Entre ellas el Centro Sur Palermo, iniciado en 1987, ha destacado por su organización y continuidad. (Pardo V, Curbelo O, del Castillo R, Grunbaum S, Regazzoni E, Kaplan M. *Evaluación retrospectiva de un programa de rehabilitación psicosocial de un Centro de día para adultos. Rev Psiquiatr Urug* 2002; 66:7-33).
- 65.** Especialmente el Centro Izcali del MSP, y otros centros dirigidos por “organizaciones no gubernamentales” (ONG).
- 66.** *Junta Nacional de Drogas y Universidad de la República. Problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas y aspectos conexos; 1998*.
- 67.** El campo psiquiátrico de la atención de pacientes con demencia ha sido progresivamente ocupado por neurólogos. En el Instituto de Neurología de la Facultad de Medicina, en la línea de la escuela de J. de Ajuriaguerra (Bel Air, Suiza), se desarrolló un área de investigaciones de “funciones corticales” que al evolucionar se convirtió en un departamento de “neuropsicología”. Desde hace unos años, utilizando diversas baterías de tests ha ingresado a áreas psiquiátricas como demencia y esquizofrenia, trabajando en estos campos con un modelo dicotómico neurológico y psicoanalítico y sin mayor relación con la semiología psiquiátrica.

**68.** Actualmente el sistema de asistencia familiar continúa vigente en el área metropolitana, donde asiste unos 200 pacientes crónicos en hogares protegidos, y un número no cuantificable en “casas de salud”. Cf. *Ladowski I. Acerca del Programa de Asistencia Familiar de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica B. Etchepare. Rev. Psiquiatr Urug 1999; 63:44-66.*

**69.** O. Curbelo en el Proyecto de desarrollo del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (oct/ 2001) reseña la evolución histórica de los intentos de atención alternativa y de rehabilitación a) 1912: inauguración de la Colonia Agrícola b) 1929: sistema de Asistencia Familiar de Alienados; c) diversos proyectos de ergoterapia en el H. Vilardebó; d) 1948: Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (Ley 11.139); 1968: aporte económico por retardo mental y otras formas de invalidez mentales (Ley 13.711); e) 1971: Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (Decreto 117/971); f) 1974: Taller Protegido.

**70.** El pensamiento de Henri Ey (Bonneval, France) influyó desde la década del 40 en la psiquiatría uruguaya, que lo tuvo de visitante en 1957. El desarrollo de grupos interesados en conocer sus conceptos clínicos y psicopatológicos acentuó esa influencia a partir del final de los 60. A lo largo de los años, hacia el final del “proceso cívico militar” (1973-1984), y especialmente cuando la reapertura democrática, creció el interés de los psiquiatras jóvenes por el “modelo órgano-dinámico” de Ey, lo que los llevó en 1988 a la creación del Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría. Este Centro vinculado con la Association pro-Fondation Henri Ey de Perpignan, nucleado por las ideas del modelo eyiano como modelo más abarcativo, se ha constituido en un espacio alternativo para la reflexión de los problemas psiquiátricos (*Casarotti H, Gastal F (eds). Psicosis y modelo órgano-dinámico. Pelotas: Educat; 1989*) y ha generado una parte importante de la “educación médica continua” de los psiquiatras prácticos de todo el país (cf. Cursos del CEIP, actividades de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Jornadas de la Asociación de Psiquiatras del Interior, etc.).

**71.** Desde 1985 se desarrolla el interés por la Psicología Analítica, que llevó a la creación de la Fundación de Psicología Analítica Carl Gustav Jung. A partir de 1994 se creó un espacio académico (maestría y posgrado) en la Universidad Católica D. A. Larrañaga, en vinculación con la Sociedad Brasileña de Psicología Analítica. Posteriormente, se fundó la Sociedad Uruguaya siendo sus socios reconocidos por la Asociación Internacional de Psicología Analítica, con sede en Zürich.

**72.** Por ejemplo, SUAMOC. Dado que el modelo cognitivo-comportamental se estableció en los consultorios como una exigencia clínica, su aplicación ha sido restringida a la patología mental, con influencia mínima en lo educativo, laboral y social. (*Zamora R, Lima J. Cognitive Behavioral therapy in Uruguay. The Behavior therapist 2000; 1:98-100*).

**73.** Desde 1959 M. Berta ha investigado y publicado en la línea del “rêve éveillé et dirigé” de R. Desoille, modificado por el uso de ácido lisérgico. En 1998 se creó la Sociedad de Ensueño Dirigido que investiga sobre “Imagología dirigida”.

**74.** La disminución de la demanda de psicoterapia de los últimos veinte años obligó a la mayoría de los psiquiatras de orientación psicoterapéutica a retornar a cuestiones del campo de la psiquiatría y también a ocuparse de motivos de consulta “no propiamente patológicos”.

**75.** Para una población de 3.360.000 se cuenta con unos 600 psiquiatras, y se estima la actividad de más de 3.000 psicólogos y de un número indeterminado de otros técnicos “psi”.

**76.** Cuestiones en las que se participa tácitamente: revalorización del diagnóstico psiquiátrico, reconocimiento de la heterogeneidad de la patología, aceptación de los desarrollos en neurociencias, valoración de los tratamientos biológicos, etcétera.

**77.** Entre los extremos de los que reducen la psiquiatría a lo neurobiológico y los que remarcan el contexto social, las diferentes asociaciones repiten, sobre la base de un encuadre “bio-psico-social”, las mismas actividades, defendiendo la prioridad de cada modelo y sin buscar la unidad que haga posible la praxis psiquiátrica (docente, asistencial, de investigaciones epidemiológicas, etc.).

**78.** G. Vidal se refiere a este estar abierto a las distintas teorías y terapéuticas como la “juvenil porosidad adaptativa” de la psiquiatría latinoamericana (cf. op. cit., p. 14).

**79.** Murguía D, Soiza A. Op. cit., p. 192.

**80.** Desde hace dos décadas la psiquiatría uruguaya ha incrementado sus vínculos con la norteamericana. El uso del idioma inglés y la pérdida progresiva del francés así como la hegemonía norteamericana psiquiátrica actual, han llevado al intercambio de técnicos, a la participación en los congresos anuales de la Asociación Psiquiátrica Americana, a la recepción de sus publicaciones, etcétera.

**81.** En realidad, en el Uruguay el efecto negativo de los DSM no ha sido el resultado de la limitada aplicación que han tenido, sino la consecuencia de ser utilizados por “expertos” nacionales y extranjeros como referente teórico de sus actividades. Técnicos que, con frecuencia, sin tener mayor experiencia semiológica ni práctica asistencial fundamentan sus enseñanzas en los conceptos de: “medicina basada en la evidencia”, “meta-análisis”, “guías para la buena práctica”, etcétera.

**82.** Estos estudios son el resultado de las investigaciones de F. Mañé-Garzón y colaboradores. Interesado desde la década del 50 por los estudios históricos, F. Mañé-Garzón

organizó en 1985 la Sociedad de Historia de la Medicina. Posteriormente creó dentro de la Facultad de Medicina el Departamento de Historia de la Medicina donde se dictan cursos regulares de historia de la medicina universal y nacional, se realizan seminarios mensuales, y se desarrollan diversas investigaciones, debiendo destacarse el esfuerzo editorial que se realiza.

**83.** Los desarrollos realizados hasta el momento actual no han posibilitado aún el poder encarar los aspectos historiográficos médicos de modo profesional, ya que las universidades no cuentan con la estructura ni la continuidad necesaria que permita establecer proyectos de investigación y programas de estudio.

**84.** Por ejemplo, Soiza A. Cf. infra.

**85.** a) Barrán JP. *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. T. I. La cultura bárbara. T. II. El disciplinamiento.* Montevideo: Banda Oriental; 1989 y 1990.

b) Barrán JP. *Medicina y sociedad en el Uruguay del*

*Novocientos. T. 1. Montevideo: Banda Oriental; 1992. El poder de curar. Cap. VIII: El sometimiento, pp. 213-239. Tomo 2 (1995). La ortopedia de los pobres. Cap. II: El manicomio y la razón médica, pp. 34-63. Tomo 3 (1995). La invención del cuerpo. Cap. IV: El combate contra la locura y la construcción de la norma(lidad), pp. 126-172.*

**86.** Cf. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1997; 86: I-II, dedicada a Historia y Psicoanálisis.

**87.** Scull A. *Psychiatry and its historians. History of Psychiatry* 1991; 2:239-250.

**88.** Dentro de estas investigaciones: a) estudio de la evolución de la psiquiatría no institucional, b) análisis de las tensiones de las diversas praxis psicológicas dentro de la medicina (“psicosomática”, “psicología médica”, “neuropsicología, etc.), c) historia del psicoanálisis hecha no por sus cultores, d) investigación de los problemas relativos a la evolución “psiquiatría/ley”, etcétera.