

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2012.

La psicoterapia de Emilio Pizarro Crespo: un caso de neurosis obsesiva.

Kripper, Agustín.

Cita:

Kripper, Agustín (2012). *La psicoterapia de Emilio Pizarro Crespo: un caso de neurosis obsesiva*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/144>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/a4h>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA PSICOTERAPIA DE EMILIO PIZARRO CRESPO: UN CASO DE NEUROSIS OBSESIVA

Kripper, Agustín

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar un caso de neurosis obsesiva tratado por Emilio Pizarro Crespo -uno de los primeros médicos en Argentina que practicó la psicoterapia siguiendo preceptos psicoanalíticos- con el fin de elucidar algunas de las prácticas clínicas llevadas a cabo por él. Dado el estadio inicial de la investigación, sólo pueden arrojarse algunos hallazgos preliminares. Por un lado, se contrastará la profusión de las referencias a variados autores en la parte teórica del artículo, con el atenuamiento bastante estricto a las nociones y métodos freudianos en el caso clínico. Por otro lado, se destacará la insistencia en la ineficacia de la medicina orgánica, que si bien es entendible en el marco de la empresa de la psicología médica de la personalidad, evidencia una ambigüedad determinada.

Palabras Clave

Pizarro, Crespo, Historia, Psicoanálisis

Abstract

THE PSYCHOTHERAPY OF EMILIO PIZARRO CRESPO: A CASE OF OBSESSIONAL NEUROSIS

This paper aims to study a case of obsessional neurosis treated by Emilio Pizarro Crespo -one of the first physicians who practiced psychotherapy following psychoanalytic precepts in Argentina- in order to elucidate some of the clinical practices carried out by him. Given the early stage of research, only some preliminary findings can be offered. On the one hand, the profusion of references to various authors in the theoretical part of the article will be contrasted with the quite strict abundance of Freudian concepts and methods in the clinical case. On the other hand, the emphasis on the ineffectiveness of organic medicine which -although understandable in the context of the project of a medical psychology of personality- shows a certain ambiguity will be highlighted.

Key Words

Pizarro, Crespo, History, Psychoanalysis

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar un caso de neurosis obsesiva tratado por Emilio Pizarro Crespo -uno de los primeros médicos en Argentina que practicó la psicoterapia siguiendo preceptos psicoanalíticos- con el fin de elucidar algunas de las prácticas clínicas llevadas a cabo por él. Este trabajo se inscribe en el marco del proyecto de investigación UBACyT "Recuperación de Historiales Clínicos del Campo de la Psicología, Psiquiatría y el Psi-

coanálisis en Argentina (1900-1950)" (PS 0752), y dado el estadio preliminar de la elaboración de dicha investigación, aquí no se hará más que una primera lectura de un caso clínico para esclarecer las nociones y prácticas que lo rigen.

Desarrollo

La obra y actividad de Emilio Pizarro Crespo (1904-1944) se ubica dentro del contexto de la declinación del positivismo y la degeneración hereditaria que facilitó la incorporación del psicoanálisis en los círculos médicos a comienzos de los años 30. El psicoanálisis era usado como una herramienta más junto a otras prácticas y teorías más tradicionales, lo que no debe verse como un eclecticismo resistencial, sino como una apropiación particular de dicha disciplina (Plotkin, 2001: 22-23). En ese marco, la labor de Pizarro Crespo en la revista *Psicoterapia* es entendible si se atiende al carácter -si bien heteróclito en sus objetivos y disciplinas- aglutinante por cuanto la psicoterapia -y, en especial, el psicoanálisis- se presentaban como una alternativa al alienismo tradicional (Dagfal, 2009: 67).[1]

Pizarro Crespo fue secretario de redacción de la revista *Psicoterapia*. Además de su labor editorial, contribuyó a la publicación con logrados artículos sobre el movimiento psicoterápico en Francia (1936a), en los países de lengua alemana y la Unión Soviética (1936b), consideraciones caracterológicas e históricas sobre España (1937a), reseñas bibliográficas y, probablemente -según Vezzetti (1989: 60)- la presentación general del tercer número de la revista dedicado a Freud. Sin embargo, sólo cuenta con un único aporte de casos clínicos: el artículo "La neurosis obsesiva y las fobias: Aportaciones psicoterapéuticas y metodológicas de cinco casos clínicos", en donde se presentan dos -tal es el número real, a pesar del título- casos clínicos de considerable extensión. Me detendré sólo en el primero por su riqueza y por razones de espacio.

El artículo se divide en tres partes. La primera presenta una discusión teórica sobre la naturaleza de la enfermedad, donde Pizarro Crespo pondera "la consideración dinámico-psicológica de la personalidad y de los procesos patológicos", tanto en la teoría como en la terapéutica, atribuyendo a Freud "el mérito incalculable de haber arrebatado [...] [los trastornos neuróticos] del reducto sombrío del fatalismo genético y evolutivo pronóstico, a que los tenían condenados la doctrinas místicas imperantes sobre la 'constitución', la 'herencia', la 'degeneración', en la neuropsiquiatría" (Pizarro Crespo, 1936c: 43). Al interior de la medicina, se esboza una contraposición entre las antiguas concepciones analíticas, localistas y estáticas, y la novedosa orientación sintética, funcionalista y dinámica -con el psicoanálisis a la cabeza- que considera a la personalidad y afianza el punto de vista dialéctico. El carácter histórico-evolutivo de la vida psíquica se vuelve indispensable para su comprensión -en la acepción que Jaspers otorga al término, conocida por el autor por la tesis de Lacan-, sobre

cuya base se aborda el tratamiento de los casos clínicos. Para ello se apoya en “los postulados clínicos y metodológicos derivados del psicoanálisis” (Pizarro Crespo, 1936c: 45).

La segunda parte realiza algunas consideraciones generales sobre aspectos clínicos y psicopatológicos de los obsesivos y fóbicos. Allí se describen sus síntomas y mecanismo dialogando con una miríada de autores, como Freud, Kraepelin, Bleuler, von Monakow, Stekel, Jaspers, Janet, Lacan, entre otros, y se vuelve sobre la concepción general que rige toda apreciación de la enfermedad:

“Sólo como un trastorno de la PERSONALIDAD total, históricamente considerada como síntesis de etapas y experiencias acumuladas, puede entenderse la génesis y procurarse la rectificación terapéutica de estos procesos” (Pizarro Crespo, 1936c: 49).

La tercera parte del artículo, que contiene el caso a estudiar aquí, es la que desarrollaré detenidamente. Pizarro Crespo presenta el caso como un tratamiento que se extendió un año y medio y cuyo resultado, según afirma, fue exitoso. La exposición es encabezada por el diagnóstico: “*Neurosis obsesiva, con disociación esquizoide de la personalidad, fobia locomotriz y hemóptisis psicógena*” (Pizarro Crespo, 1936c: 60). El señor M. M. tiene 22 años, es soltero y empleado en una oficina. Viene a la consulta por indicación de un colega que lo había estado atendiendo por nerviosismo y síntomas digestivos vagos (trastornos dispépticos, estreñimiento) desde hacía unos meses sin producirse mejoría alguna. El paciente refiere experimentar “espermatorrea”, en sus palabras (lo que se traduce como poluciones nocturnas), como consecuencia de sueños eróticos, la cual lo había debilitado su conciencia, equilibrio y motricidad. El autor ubica desde hace cinco meses una intensificación de dichos síntomas así como fenómenos de dudas y medios obsesivos: “cree que no es él mismo”, no puede caminar “porque no siente sus piernas”, “su mirada es de otro”, etc. Asimismo, destaca que tras haber consultado a varios médicos y seguido sus tratamientos, el paciente no había mejorado, lo que había ocasionado el aumento de su auto-inspección: “no había molestia, por ligera que fuese, que no la viviera con una angustia patofóbica obsesiva” (Pizarro Crespo, 1936c: 61).

Tras la exposición del motivo de consulta y los principales síntomas del paciente, se suceden los resultados de los exámenes físico y psíquico. Luego se destalla la anamnesis psíquica, que se diferencia del examen psíquico porque la primera incursiona en la historia de los síntomas, mientras que el segundo refiere las características de presentación de la personalidad. A partir de la anamnesis se inicia en el relato del caso una modalidad expositiva que le servirá a Pizarro Crespo para articular todas las interpretaciones psicoanalíticas: en medio del texto de lo referido por el paciente, son intercalados en todo lugar esclarecimientos interpretativos a partir de la teoría freudiana. Por ejemplo:

“Él inicia sus relaciones sexuales con prostitutas por esa fecha, con eyaculación precoz (primer grado de impotencia, psicógena). Cuando pagaba a la mujer llegaba bien al orgasmo, pero ‘dos veces tuvo relación con mujeres de la vida, falló’ (autocastigo e interdicción inconsciente por la falta de ‘esfuerzos’ al goce y limitación de sus tendencias oblativas)” (Pizarro Crespo, 1936c: 62).

Luego el autor ubica el primer síntoma que presenta el paciente a los dieciséis años: “un mareo a salir del cine estando en la puerta, que le obligó a detenerse cierto tiempo” (Pizarro Crespo, 1936c:

62). Lo destacable de la exposición es que, por única vez, el autor transcribe un diálogo entre él y su paciente:

“MED.: ¿Por qué cree usted que pudo haberle venido ese mareo?”

ENF.: No lo sé. No puedo relacionarlo con nada, porque sólo vi una mujer que pasaba en ese momento por la vereda. Sin embargo me pareció notarle algo raro en la cara, como si le FALTARA ALGO en el rostro, la nariz o una parte del mentón, no puedo precisar bien.

MED.: ¿Qué le trae en la mente el recuerdo de esa mujer?”

ENF.: Nada especial. Después la he vuelto a ver y no le he notado nada de ‘anormal’. Me hace acordar de una prima, no la que le he referido que teníamos tocamientos, sino una hermana mucho más grande, es la mayor de todas, una señorita ya de bastante edad. Yo la miraba con cierta simpatía y deseo, sin atreverme a festejarla o insinuarle nada porque era de la FAMILIA y MAYOR que yo (esta mujer mayor y de familia es un equivalente de la madre, con quien el paciente mantiene una identificación intensa y a la que priva de una prominencia física, equivalente fálico, con que él la dota)” (Pizarro Crespo, 1936c: 62).

Ante todo, debe notarse el uso de las mayúsculas, aquí y allí, para indicar palabras privilegiadas para la elaboración de las interpretaciones. Por lo demás, Pizarro Crespo relaciona principalmente este sentimiento de privación o carencia con representaciones sustitutivas del complejo de castración y de tendencia al autocastigo (en referencia implícita a Lacan), y parcialmente con el sentimiento cenestésico de vacío de Janet. Desde esa ocasión las molestias del paciente persistieron, y de a poco se agregaron molestias de vértigo y ausencias (inhibición locomotriz, angustia ante la marcha, trastornos gástricos, ideas obsesivas sobre su yo, manía de la interrogación, etc.), instalándose de forma permanente hacia cinco meses con ocasión del fallecimiento de un tío suyo, ante cuyo ataúd

“sintió súbitamente un estado de excitación sexual, acompañado de erección y una eyaculación, en el momento en que él lo miraba mientras lo estaban velando (‘necrofilismo’ derivado de sus tendencias sádicas proyectadas del padre sobre el tío)” (Pizarro Crespo, 1936c: 62).[2]

Luego, Pizarro Crespo ahonda en los antecedentes familiares y personales. Tras breves descripciones del padre y la madre, se detiene en la figura de la hermana, tres años menor que el paciente, quien aparece como la incitadora de la sexualidad y de las primeras experiencias sexuales en el relato de sus vivencias infantiles. Menciona el episodio del esclarecimiento sexual -con la consiguiente asociación de la madre con la figura de la prostituta- así como la creencia de que al principio la mujer tiene pene como el hombre. Tras algunas precisiones de su vida adolescente, vuelve sobre el estado actual del paciente, quien “este último tiempo está obsesionado por la idea de ‘volverse loco’”. A ello se suma que “los diagnósticos imprecisos de los colegas y los fracasos consabidos de los tratamientos medicamentosos, habían exaltado el ‘autismo’, la auto-observación e incrementado la angustia” (Pizarro Crespo, 1936c: 63). Así, después de haber expuesto *in extenso* los detalles del caso, recomienda como primera condición no abandonar su trabajo, relativamente liviano y de poca responsabilidad.

A partir de aquí, la exposición del tratamiento se secuencia en tres momentos, dando a entender Pizarro Crespo que lo anterior no fue

sino una interiorización de los detalles del caso. En efecto, el corte entre lo que podríamos llamar una entrevista preliminar y el tratamiento propiamente dicho está bien delimitado, pues “en la primera ‘prise de contact’ con el enfermo, éste parece vacilar, entre iniciar o no el tratamiento, oponiendo reparos de índole económica, aunque manifestando una tendencia a la transferencia bastante grande” (Pizarro Crespo, 1936c: 64). Por ende, los tres momentos del tratamiento son: “Primera ‘prise de contact’ y faz inicial del análisis”; “Segunda faz del análisis y transferencia negativa”; y “Faz terminal del análisis, ruptura de la transferencia, idealismo mágico-religiosa y hemóptisis psicógena”. Se evidencia de este modo que Pizarro Crespo opta por secuenciar el caso, pues, a partir de los avatares de la transferencia en el tratamiento, puesto que los dos cortes del relato obedecen al vuelco negativo de la transferencia y, finalmente, a su ruptura.

El primer momento destaca la afluencia de sueños y actos fallidos del paciente, y desarrolla un sueño en particular que considera significativo por mostrar una disposición latente a las ideas de locura. La exposición de dicho sueño se ordena en dos partes, y primero transcribe el contenido manifiesto o relato del sueño:

“*Sueño*: ‘Que iba cerca de la Asistencia Pública y veía una cantidad de locos en una jaula. Parecía que estuviera permitido verlos al público. Había una loca suelta, vestida de novia o de primera comunión, como de 14 años. Él iba con la hermana. De pronto parece que la loca suelta quiso agarrarlo a él. Él se asustó y la hermana se desvaneció, quedando en el suelo con los ojos en blanco, que parecían ojos de loca, después aparece la puerta de una estación y ve que se está trabajando allí’” (Pizarro Crespo, 1936c: 64).

La segunda parte de la exposición del sueño presenta las asociaciones suscitadas por los diversos fragmentos del sueño. Aquí reaparece el recurso antes referido, a saber, la utilización de paréntesis intercalados en medio del texto de las asociaciones, resultando de este modo un juego constante entre las ocurrencias producidas por el texto del sueño y los pensamientos oníricos latentes a que puede arribarse por la interpretación. Algunos ejemplos son:

“*Asistencia pública*, el tratamiento médico gratuito (resistencia por el costo) y las perturbaciones que podría traerle la falta de dinero para el tratamiento. El tiempo que va a durar [...]. *La loca suelta con velo de novia o de primera comunión*: la hermana de él, cuando hizo la primera comunión (comunión, ‘incorporación’ bucal sexual inconsciente, las cosas de loca que hizo con la hermana de chico y con que aún reviste a ella)” (Pizarro Crespo, 1936c: 64).

Finalizada esta exposición del sueño, se pasa al segundo momento del tratamiento, en donde se desarrolla la transferencia negativa. Pizarro Crespo explica que en el curso de los sueños y los análisis se han obtenido aclaraciones sobre “la modelación del carácter operada a través de sus experiencias familiares”, y pasa así a informar algunas creencias del paciente sobre el influjo de sus padres sobre su persona. Ahora bien, si bien el paciente casi no experimenta poluciones nocturnas ni sueños con mujeres desde que habla de ello con el médico,

“sus obsesiones, angustias e inhibiciones locomotrices se han acentuado estos últimos tiempos, después de una aminoración durante los primeros dos meses de tratamiento. El enfermo se empeña en querer dejar el trabajo y comete errores frecuentes en las cuentas (como resistencia y hostilidad al médico, para que lo

despidan del empleo). Se le consigue inducir a continuar el trabajo (demostrándole que debe tener más capacidad que otros, por cuanto enfermo rinde prácticamente lo que los otros empleados sanos)” (Pizarro Crespo, 1936c: 65).

La interpretación de Pizarro Crespo de que la desmejora y el deseo de dejar el trabajo deben leerse a la luz de la transferencia negativa -esto es, como resistencia y hostilidad al médico-, supone que su inducción a que el paciente continúe trabando constituye un manejo de la transferencia, como incitación a la continuación del tratamiento. Bajo la misma óptica son considerados diversos sueños, que ahora presentan frecuentes fantasías de carácter agresivo-sádico, necrofilico o autodestructivo. A esta altura, se ofrece un segundo sueño, más largo aún y bajo la misma modalidad de exposición que el primero. Destaca en estas interpretaciones el lugar privilegiado que ocupa la transferencia:

“Su mente (neurótica) en ruinas, donde tantas fantasías se van derrumbando, su enfermedad que va cediendo (aquí comienza la trasposición sobre el médico de las actitudes rebeldes infantiles y de identificación deducidas de las parentales) [...]. El encontrar los zapatos: encuentra al médico que lo ayuda, tener relaciones sexuales con el médico, éste pasivamente (aquí se ve nuevamente el desplazamiento de su componente de dominio y homosexual del padre y el tío, sobre el médico) (Pizarro Crespo, 1936c: 66-67).[3]

Frente a esto, Pizarro Crespo comunica su manejo de la transferencia:

“*Se asusta y va a buscar al médico*: como si por momentos se sintiera atraído por la enfermedad y pensara que si él no quiere el médico no lo va a curar (omnipotencia de sus fantasías. Se le adelanta que este fortalecimiento de poder crítico al médico, es ya buen signo)” (Pizarro Crespo, 1936c: 67).

Finalmente, el tercer momento del tratamiento supone la ruptura de la transferencia, porque en su curso de manifiestan las últimas formas de resistencia por fijación a la enfermedad. Así, aparecen tendencias masoquistas y agresivas en sueños y síntomas en donde se exalta la potencia mágica de los pensamientos, y se presentan sucintamente más sueños interpretados. El criterio de evolución del paciente se asienta en la desaparición de las obsesiones cenestésicas, restando sólo las de carácter intelectual ‘mágico-omnipotente’, agresivas y religiosas o místicas:

“Si se mira la camisa el color blanco le parece ya la mortaja del padre; si lo mira fuerte al padre le parece que se puede morir [...] Dios puede castigarlo, matando al padre o a él mismo [o al médico, dice en otra parte]” (Pizarro Crespo, 1936c: 68-69).

La interpretación de Pizarro Crespo de estas ideas es que “la identificación con el padre omnipotente de la época de indefensión infantil, se vuelve secretamente contra él y también, en su componente hostil, contra el médico que intenta destruirla” (Pizarro Crespo, 1936c: 69). De allí infiere el poder de resistencia a la enfermedad de dicha identificación.

Un último síntoma, vinculado a lo anterior, se presenta dos meses antes de concluir el tratamiento: una hemóptisis que se le aparece al autor como de origen psicógeno. En base a un sueño (en donde el paciente se preocupaba, frente al rostro rojo e iracundo de su tío, de que a éste le estallara una arteria o tuviera una hemorragia

interna) y un incidente con el jefe en la oficina, nimio en apariencia (en donde él en vez de golpear a su superior, experimenta una hemorragia expectorada), Pizarro Crespo interpreta la hemóptisis como una conversión o somatización de su deseo de muerte contra el padre, reactualizado por el análisis. El paciente hubo de guardar cama durante quince días y ser medicado, si bien

“él se daba cuenta cabal que su hemorragia estaba en relación con el sueño de referencia y que si el psicoanalista lo hubiera atendido le hubiera dicho que se levantara y no prestara atención a ese síntoma; desgraciadamente yo no podría decirle nada al médico que me atendía -y que fue el que lo envió al principio al psicoterapeuta- porque me daba vergüenza y además porque no hubiera entendido lo que yo padecía; al mismo tiempo temía despertar sospechas en mi padre” (Pizarro Crespo, 1936c: 69).

En este episodio se condensa una idea que se reitera en varias partes del artículo: que las explicaciones anatómicas o fisiológicas no pueden dar cuenta de síntomas que surgen como consecuencia de la influencia de lo psíquico sobre lo somático. Pizarro Crespo destaca así que todos los exámenes médicos realizados no encontraron ningún sustrato orgánico para la hemóptisis. Ahora bien, a pesar de identificarse casi siempre como médico, Pizarro Crespo en este caso se denomina a sí mismo psicoanalista, precisamente al esbozarse una contraposición con el médico en referido a la etiología. La operación no carece de ambigüedad, pues si para el autor el psicoanálisis habría de ser un instrumento privilegiado para la renovación de la psiquiatría, la escena citada parece ilustrar la exclusión antes que la incorporación. Finalmente, ese episodio casi obra de *mise en abyme* para concluir que el paciente está “actualmente perfectamente curado y adaptado sus ocupaciones” (Pizarro Crespo, 1936c: 69).

Conclusión

Dado el estadio inicial de la investigación, sólo pueden arrojar algunos hallazgos del recorrido. Por un lado, contrasta con la profusión de las referencias a variados autores en la parte teórica del artículo, con el atenuamiento bastante estricto a las nociones y métodos freudianos en el caso clínico. Dan prueba de ello la disposición del examen de los sueños (relato, fragmentación, asociaciones e interpretación) y su uso exhaustivo, el juego entre lo manifiesto y lo latente a través del uso de mayúsculas para indicar palabras a interpretar y paréntesis para contener las interpretaciones, los contenidos de las interpretaciones (madre fálica, complejo de castración, esclarecimiento sexual, componentes de dominio y homosexuales respecto del padre, entre tantos otros), la diferenciación entre el primer encuentro y el tratamiento en sí, la secuenciación de éste según los avatares de la transferencia (establecimiento, aunque implícito, vuelco negativo y ruptura final) y las interpretaciones no sólo del material objetivado, sino en relación a las vicisitudes de la transferencia y como respuesta a ellas. Por otro lado, destaca la insistencia en la ineficacia de la medicina orgánica -e incluso su carácter contraproducente por el aumento de la auto-inspección-, que si bien es entendible en el marco de la empresa de la psicología médica de la personalidad, evidencia la ambigüedad señalada hacia el final del desarrollo.

Por último, en el futuro se continuará realizando ulteriores elucidaciones sobre el caso aquí estudiado, el otro caso que ha quedado fuera de consideración esta vez, así como otros casos elaborados por Pizarro Crespo, para arrojar luz sobre las tempranas prácticas psicoterapéuticas llevadas a cabo en Argentina.

Notas

[1] Por motivos de espacio no me explayaré más en cuestiones contextuales, biográficas o autorales sobre Pizarro Crespo. Para ello, remito a los siguientes trabajos que he consultado: Balán (1991: 60-61), Dagfal (2009: 68), Plotkin (2001: 27-29), García (1978: 87-88 y *passim.*) y Vezzetti (1989: 60-64; 1996: 149-163).

[2] Otro fragmento que ilustra el mismo proceder: “Al día siguiente [del funeral] necesitaba urgentemente unas ligas y tuvo que pedir a una de las chicas amigas, justamente la que había tenido relaciones con él y el aborto referido, que le comprara unas. Desde que se puso esas ligas ‘no pudo casi caminar’ y ‘notó que comenzó a no sentir sus piernas’ [...] cree que ‘es muy importante’, porque entiende que quizá le ha hecho algún ‘mal’ o algún ‘daño’, esa misma chicas, por intermedio de las ligas (creencia ‘mágica’ en la fuerza de los propios pensamientos, proyectada a los objetos y que luego vivirá en sus ideas)” (Pizarro Crespo, 1936c: 62).

[3] Hay al menos dos ejemplos más similares que no ha podido ser incluidos aquí (Pizarro Crespo, 1936c: 67).

Bibliografía

- Balán, J. (1991). Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino. Buenos Aires: Planeta.
- Dagfal, A. (2009). Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966). Buenos Aires: Paidós
- García, G. L. (1978). La entrada del psicoanálisis en Argentina. Buenos Aires: Altazor.
- Pizarro Crespo, E. (1936a). Aspectos del movimiento psicoterápico y psiquiátrico en Europa. I - En Francia. En *Psicoterapia*, 1, enero de 1936, 56-62.
- Pizarro Crespo, E. (1936b). El movimiento psicoterápico y psiquiátrico en la Europa actual. II - En los países de lengua alemana y en la Unión Soviética. En *Psicoterapia*, 2, mayo de 1936, 81-91.
- Pizarro Crespo, E. (1936c). La neurosis obsesiva y las fobias: Aportaciones psicoterapéuticas y metodológicas y cinco casos clínicos. En *Psicoterapia*, 2, mayo de 1936, 43-77.
- Pizarro Crespo, E. (1937a). Consideraciones caracterológicas e históricas sobre España. En *Psicoterapia*, 2, mayo de 1937, 57-74.
- Plotkin, M. B. (2001). Freud in the Pampas. Stanford: Stanford University Press.
- Vezzetti, H. (1989). Estudio preliminar. En Vezzetti, H. (comp.). Freud en Buenos Aires. Buenos Aires: Puntosur.
- Vezzetti, H. (1996). Las aventuras de Freud en el país de los argentinos. Buenos Aires: Paidós.