

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.

El psicoanálisis y la psicoterapia en Argentina. La terapéutica psíquica de James Mapelli y algunos casos tratados en su libro la psicoinervación, 1928.

Falcone, Rosa.

Cita:

Falcone, Rosa (2012). *El psicoanálisis y la psicoterapia en Argentina. La terapéutica psíquica de James Mapelli y algunos casos tratados en su libro la psicoinervación, 1928.* 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/000-072/131>

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

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>.

EL PSICOANÁLISIS Y LA PSICOTERAPIA EN ARGENTINA. LA TERAPÉUTICA PSÍQUICA DE JAMES MAPELLI Y ALGUNOS CASOS TRATADOS EN SU LIBRO LA PSICOINERVACIÓN, 1928

Falcone, Rosa

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

En el marco de nuestra investigación sobre la historia de las prácticas de la psiquiatría y del psicoanálisis en Argentina, se ha mostrado en otra contribución de este mismo Congreso la significación de las primeras experiencias clínicas y los primeros conceptos psicoanalíticos en nuestro medio. Se ha examinado que entre los años '20 y primeros de los '30, las experiencias de curación de pacientes con dolencias físicas y psíquicas estuvieron, en muchos casos, en manos no médicas y por lo tanto fuera del control corporativo. La misma circunstancia se había suscitado en Europa, a la que el mismo Freud había contribuido cuando publica su ensayo "El análisis profano", en 1926. En el presente artículo nos proponemos profundizar en el caso de las experimentaciones clínicas realizadas por el italiano James Mapelli (no médico), y publicadas en su libro *La Psicoinervación*, por la prestigiosa editorial El Ateneo, en 1928. Dicho análisis nos permitirá abordar la problemática del "curanderismo" y su impacto en el campo de la medicina de los años '30, con lo que se espera contribuir en la comprensión de las prácticas psicoterapéuticas en este período.

Palabras Clave

Psicoterapia, Argentina, Casos, Curanderismo

Abstract

PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOTHERAPY IN ARGENTINA. THE PSYCHIC THERAPY OF JAMES MAPELLI AND SOME CASES PRESENTED IN HIS BOOK *LA PSICOINERVACION*, 1928.

Within the framework of our research on the history of psychiatric practices and psychoanalysis in Argentina, another paper discussed in this Congress has outlined the significance of the first clinical experiences and the first psychoanalytical concepts in our country. Our findings show that during the 1920's and the 1930's the treatment of patients with physical and phisic disorders was conducted outside the medical field and thus without its control. The same situation arose in Europe, and Freud himself contributed to the ensuing debate with the publication of "Psychoanalysis and Medicine" in 1926. This paper addresses the clinical experiments conducted by James Mapellith, who was not a medical doctor, and later presented in his book *La Psicoinervación* published in 1928. The aim is to approach the issue of "quackery" and its impact on medicine in the 1930's in order to shed light on the therapeutic practices at that time.

Key Words

Psychotherapy, Argentina, Cases, Quackery

Introducción

James Mapelli fue un inmigrante italiano con prestigio de ilusionista, quién desde 1925 hacía demostraciones públicas de "casos" en Buenos Aires, de acuerdo a una técnica que había aprendido en Europa y Estados Unidos. Provenía del teatro y se hizo famoso por las presentaciones de hipnotismo y sugestión en el Teatro Coliseo, sus intereses poco a poco se fueron canalizando en el campo terapéutico. Con estas prácticas Mapelli logró la aceptación en los consultorios externos del Hospital Pirovano y en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires para hacer demostraciones, dar conferencias y tratar pacientes en consulta derivada. Era consultado por médicos que no lograban curaciones para casos de dolores crónicos, parálisis de orígenes oscuros, impotencia sexual, etc., de allí crea un método que bautizó como "psicoinervación". Sus intentos terapéuticos fueron objeto al poco tiempo de acusaciones de curanderismo y su consultorio fue cerrado por no poder exhibir su título de médico.

Mapelli publica el tratamiento de una "Paraplejía funcional curada por psicoterapia" (*El día Médico*, 1928a), llevada a cabo en el Servicio del Hospital Pirovano. Su tratamiento había sido llamado en consulta y la curación completa se realizó en nueve días después de meses de fracasos médicos. En el mismo año publica su libro *La psicoinervación. Terapéutica psíquica* (1928), en la prestigiosa editorial El Ateneo (1928). En el presente artículo se realizará el análisis de las observaciones expuestas en su libro, que corresponden a la presentación de pacientes que realizó Mapelli, a pedido de otros profesionales o por consulta propia en el Instituto de Cirugía, en el Instituto de Fisioterapia, y en la Sala 6 del Hospital de Clínicas; en los Consultorios externos del Hospital Pirovano; en la Sala 9 del Hospital Fernández; en el Sanatorio Argentino y un caso del departamento de Policía de Montreal, Canadá destacando sus éxitos terapéuticos y técnicas de abordaje. Se visualizará que el procedimiento terapéutico difiere claramente de otros casos que fueron publicados como tratamientos por hipnosis y sugestión en manos médicas (Ingenieros, Mouchet, etc.). Dicho análisis nos permitirá abordar la problemática del "curanderismo", que en esta época había afectado el campo de la medicina, y concluir sobre las particularidades propias de la psicoterapia clínica, centradas en la preocupación en torno a la transmisión de los procedimientos

psicoterapéuticos, problemática casi tan importante para el autor como la curación de los pacientes.

La técnica terapéutica de la Psicointervención.

Mapelli con su libro *La psicointervención* intenta realizar una sistematización técnica, a partir del poder de la sugestión, que siguiera mínimas reglas de la medicina científica. Define la terapéutica psíquica o psicoterapia como el tratamiento de las enfermedades por medios psíquicos: persuasión, emoción, sugestión, distracción, educación, fe y las predicaciones de la palabra[i]. El italiano recuerda que la “sugestionabilidad” es una condición de todos los sujetos, el método para despertarla es la orientación en la que difieren la mayoría de los médicos. Dice: “[...] el arte de la sugestión es todavía privilegio de unos pocos, ninguna entidad científica se atreve a incorporar a su programa esta rama de la medicina, y los pocos profesionales que sienten alguna inclinación hacia ella, carecen de guía” (Mapelli, 1928b: 16). Mapelli aspiraba con este libro a proporcionar esa guía.

El médico práctico italiano señala que de tanto en tanto la ciencia médica se iba dando cuenta de sus lagunas y sus defectos. Ya sea por mala interpretación de la génesis de las enfermedades, por el descuido a las circunstancias del medio ambiente y de los fenómenos de relación, por diagnósticos demasiado anatómicos, o por deducciones sacadas de los laboratorios y aplicadas al hombre (sin considerar su sensibilidad e idiosincrasia) decide no asentar los métodos en ella (idem:17). Mapelli remata diciendo que: “los métodos utilizados hasta hoy por la medicina actual no pueden servir a nuestro propósito, los casos han demostrado a hoy su ineficacia y en ocasiones peor que la misma enfermedad” (Mapelli, 1928b: 20).

El estado actual de la medicina, así considerado, permitía tener un diagnóstico completo en un número muy limitado de enfermedades, a juicio del autor. Los grandes maestros de la medicina no habían resuelto en la mayoría de los casos ni su diagnóstico, ni su cura. Si la sintomatología “denuncia una enfermedad bien conocida, muchas veces falta la terapéutica y si esta es conocida muchas veces es ineficaz” (Mapelli, 1928: 18). Al analizar los resultados, dice: “el porcentaje de los efectos curativos de las diferentes terapéuticas, queda reducido, como todos lo sabemos a una cifra verdaderamente pequeña [...]” (Mapelli, 1928b: 21) [...] recordaremos que Janet, sobre 3000 casos tratados con sugestión, ha obtenido 250 curaciones, o sea algo menos del nueve por ciento, a lo cual debe agregarse que casi todos los sujetos eran histéricos (Mapelli, 1928b:15).

En consecuencia, la medicina en manos expertas - para Mapelli - no pudo mostrar hasta ahora éxitos terapéuticos: las célebres experiencias de Charcot, los milagros de la escuela de Nancy, las maravillosas experiencias de Pierre Janet, Charles Richet y James Braid han sido pruebas que se han verificado empíricamente, casualmente y que no pueden repetirse. El santuario de Lourdes, “para citar uno de los más afamados, registra hechos tan extraordinarios como los de la Salpêtrière. Los curanderos, adivinos, los charlatanes sin preparación científica de ninguna clase, realizan también curas asombrosas” (Mapelli, 1928b:18). Mapelli llamará a este cúmulo de experiencias como fenómenos espontáneos y que estas curaciones parecen tan morbosas como las mismas enfermedades.

La problemática que proponemos discutir tomando las referencias de contexto de la década del treinta es si efectivamente, como dice

Mapelli, hasta ese momento había sido imposible transmitir las experiencias y enseñar a los estudiantes los nuevos métodos de la psicoterapia. Ciertamente -como hemos observado en investigación anterior - las dificultades de transmisión de la técnica psicoanalítica habían sido una preocupación importante, por cuanto la experiencia terapéutica al ser considerada una experiencia íntima y personal que en última instancia recaía en el diálogo entre dos personas era por ese mismo hecho intransferible e intransmisible[ii].

Mapelli, con la publicación de sus casos intenta superar este cúmulo de dificultades. Provee un libro con una serie de criterios técnicos, consejos prácticos de procedimientos que paso a paso llegaran de la clasificación, al diagnóstico y por último a la curación. El método llamado “psicointervención” significaba la presentación de un conjunto de reglas de terapéutica psíquica, que podían ser repetidos por otros psicoterapeutas que así lo desearan, hecho que generó no poca fascinación, tanto en médicos por la enseñanza recibida, como en pacientes por el éxito que lograba en la supresión de los síntomas. Mapelli decía en su artículo de la *Semana Médica*: “el paciente no reviste importancia ni novedad alguna, todo profesional ha tenido oportunidad de observar casos semejantes [...]. Lo interesante es el concepto de esta verdadera terapéutica psíquica, que se puede repetir siempre con el mismo resultado, sin que interviengan condiciones especiales ni sobrehumanas” (Mapelli, 1928b).

La psicointervención y los “casos” tratados

Mapelli, expone puntillosamente, a lo largo de los capítulos del libro, el registro de los dichos de los pacientes tratados, las reflexiones sobre la clasificación y el diagnóstico, así como los pasos de su método de la psicointervención. Circunscribe los procedimientos técnicos de su método al psiquismo y a su carácter específicamente humano, por ello dice resignar cualquier tipo de experimentación de laboratorio pues los animales carecen de psiquis (Mapelli, 1928b: 8). Hace consistir su explicación metodológica centrándose en una exposición de sus efectos y no en una indagación de las causas (Mapelli, 1928b: 8).

El tratamiento de un enfermo por medio de la psicointervención consiste en varios pasos y va a ser precedido de:

1) Una clasificación; 2) de un diagnóstico de presunción; 3) de un diagnóstico definitivo.

La clasificación comprende tres tiempos: interrogatorio, resumen y conclusión. Por clasificación entiende la personalidad psíquica y moral del enfermo. A ella le siguen el diagnóstico de presunción que comprende: la impresión subjetiva pura y simple sentida antes de examinar al enfermo. Impresión subjetiva quiere decir una impresión que surge en nosotros espontáneamente causada por lo “visto” y “oído” en el sujeto observado y escuchado. En pocas palabras quiere “registrar lo que corrientemente se llama una inspiración” (Mapelli, 1928b: 28). El diagnóstico de presunción libra al médico de “caer en la caprichosa sintomatología con sus signos sugestivos y engañosos y guiarse por lo que pensaría cualquier persona “sólo por la propia lógica” (idem: 29).

A la clasificación y al diagnóstico de presunción le sigue el diagnóstico definitivo, que es el resultado a su vez de diferentes diagnósticos que es necesario reunir previamente: a) un diagnóstico causal; b) un diagnóstico de relación; c) un diagnóstico sintomático; d) un diagnóstico anatómico; e) un diagnóstico etiológico (Mapelli,

1928:22). Para el causal determinante es necesario no descuidar ningún detalle por mínimo que parezca. Apunta a las causas físicas y psíquicas de los primeros síntomas o signos de la enfermedad. El segundo paso es el diagnóstico de relación que surge espontáneamente, meditando sobre los diagnósticos precedentes, sin ayuda de ninguna otra observación.

Enferma 1. Memorial.

Se trata de una interconsulta de una señora que sufre desde hace diez y siete años de un fuerte dolor de cabeza, rebelde a todo tratamiento. Su historia está contenida en un memorial escrito por el esposo de la enferma, que dice textualmente: Año 1906. Cuarto parto. A continuación tiene metritis, que dura varios meses acompañada de ideas raras. 1908. Tratamiento de glándula tiroidea por su mal estado general. Era muy gorda; pierde 26 kilos en cuatro meses y se siente mejor, pero, se intoxica y es preciso suspender el tratamiento. Aquí empieza el dolor de cabeza. 1910. Viaje a Europa por indicación médica. Se interna en un sanatorio. El dolor de cabeza sigue [...]. 1915. Quinto parto. Desaparece el dolor de cabeza durante 18 meses, sin tomar ningún remedio. 1917. En marzo comienza de nuevo el dolor y hace tratamiento para adelgazar. Pierde cuarenta kilos en 18 meses. Sigue el dolor de cabeza. Toma sellos calmantes. 1918. Se le hace un raspaje de la matriz, causa de su mal estado general. Sigue el dolor de cabeza. Toma sellos y veronal. 1921. Se repite la autohemoterapia sin resultado y empieza tratamiento opoterápico. Se le extirpa un quiste del ovario. Sigue el dolor. 1922. Hace tratamiento de bicianuro, sin resultado. Otro médico le receta cianuro, sin resultado. [...]. 1923 hasta 1926 siguen los tratamientos diatermia, rayos ultravioleta y miostenina, sin resultado.

Primera visita a la enferma 1.

La primera visita se efectúa de tarde. La enferma nos recibe en su dormitorio, herméticamente cerrado a la luz del día. La enferma que esperaba nuestra visita y que nos conocía de nombre, empieza el relato de cómo siente su dolor manifestándonos al mismo tiempo, escasa fe en la medicina.

El interrogatorio que transcribimos a continuación resulta ilustrativo para los propósitos de este trabajo:

- *Mi dolor es constante, nos dice, no me deja nunca ni un solo momento, impidiéndome dormir. Empieza aquí (nos indica la frente, lado derecho) y atravesando toda la cabeza del mismo lado, termina aquí ("nos indica la nuca").*

No contestamos, dejamos prolongarse un corto silencio, que ella al fin interrumpe diciendo:

- *Y es un dolor sordo, continuo; cada ruido me repercute aquí (vuelve a indicar la frente); no resisto más y los médicos no saben qué hacer. Nada, absolutamente nada me clama.*

- *¿Toma usted algún calmante para dormir? Preguntamos.*

- *Si, tomo dos cucharadas de veronidia, pero no me hace nada.*

- *¿Cuántas horas duerme?*

- *No podría decírselo, porque es un continuo despertar a causa del dolor*

- *Pero más o menos, insistimos*

- *¿Qué podría decirle?. No sabría. Probablemente dos o tres horas por la noche.*

- *¿Y durante el día?*

- *Nada. Yo oigo todo lo que pasa en la casa; oigo el despertar de los chicos, y cuando van al colegio me quedo tranquila, pero no duermo.*

- *Pero ¿nada ha encontrado que la haga dormir siquiera unas horas?*

- *Nada, absolutamente nada.*

- *¿Cuánto tiempo hace que tiene este dolor?*

- *Diez y siete años, más o menos.*

- *[...] ¿Qué clase de dolor siente, señora? ¿Podría explicarnos a qué se parece su dolor?*

- *A una presión con punzadas fuertes que parte de aquí (y vuelve a indicarnos con la mano el mismo punto). Ya no puedo más. No tengo más valor. He sufrido tanto que quisiera morir.*

La expresión de tristeza aumenta singularmente cuando invoca la muerte.

- *Todo tiene remedio, señora, no hay que desesperarse. Pronunciamos esta frase baladí, no para infundirle ánimo, sino con la intención de provocar una respuesta más categórica sobre su verdadero deseo de morir.*

- *¿Para qué vivir después de nuestra desgracia?*

- *Al evocar una desgracia de familia que conocíamos (la muerte de una hija de veinte años, ocurrida hace catorce meses) la enferma se agita y llora abundantemente. Respetamos su dolor y escuchamos un larguísimo relato de la enfermedad y muerte de su hija.*

Segunda visita a la enferma 1.

La enferma nos espera en cama como la primera vez y a la pregunta de cómo sigue, responde:

- *Muy mal, a tal punto que ayer tuve que tomar una dosis tan fuerte de veronidia, que hoy me encuentro como borracha y muy caída.*

Le tomamos el pulso y lo tenía débil. Respiración lenta y algo irregular. Las pupilas contraídas y sin reacción a la luz.

- *En su memorial notamos que usted tenía en el año de 1906, dos años antes de su dolor, ideas raras ¿Qué ideas eran, señora?*

Esta pregunta sorprende desagradablemente a la enferma y al notar lo, intervenimos rápidamente, agregando:

- *¿Se sentía melancólica, con ideas tristes?*

- *Yo nunca fui una mujer muy alegre ni amante de los paseos y diversiones. Dedicué toda mi juventud a criar a mis hijos. Yo los he criado a todos, nunca permití que persona extraña los tocara.*

- *Sin embargo, usted tenía todo para ser feliz, insinuamos.*

- *Sí, todo, contestó lacónicamente con un suspiro.*

- *¿Así que desde entonces usted tenía ideas melancólicas?*

- *No, no, yo no sé exactamente por qué mi marido y yo pusimos en el papel lo de las ideas raras.*

El esposo esta vez no se halla presente, por indicación nuestra. En este punto de la conversación, notamos reticente a la enferma y aumentamos nuestra insistencia:

- *¿Usted no puede acordarse de por qué pusieron eso de las ideas raras?*

- *No, no recuerdo; podemos preguntar a mi marido.*

El esposo interpelado recuerda perfectamente que las ideas raras eran relacionadas con el miedo que tenía la señora de que su niño se muriera repentinamente. Soñaba también con estas cosas.

- Sí, sí recuerdo, dijo la enferma interrumpiendo, recuerdo que pasaba los días con el **miedo de que se me muriera mi hijo**.
- Estas no son propiamente ideas raras, contestamos, son el resultado de un cariño extremado.
- Sí, pero por los demás chicos no tuve ese mismo miedo y los he querido a todos por igual. Mi miedo era terrible. Eran ideas verdaderamente raras.
- Y ese miedo, con esas ideas ¿no le provocaron otras ideas raras?
- Sí, recuerdo que un día, teniendo a mi hijo en los brazos, tuve la sensación de que se me caía al suelo golpeándose la cabeza contra las baldosas y que pedí que me lo quitaran de los brazos. Tuve en ese momento una sensación terrible.
- ¿Experimentó usted alguna sensación de dolor?
- No, pero me asusté mucho pensando en el dolor que hubiera tenido mi chico en la cabeza, si se hubiera caído.
- Sí, esas eran las ideas, confirma el esposo.

Dada la extensión y el detalle del caso registrado por Mapelli, se ha seleccionado hasta aquí por considerar significativos sus contenidos para el propósito de nuestro trabajo. Se advierte una sustantiva diferencia, tanto en su extensión como en el registro minucioso del profesional, respecto de observaciones de enfermos presentados por profesionales médicos, donde no aparece en absoluto la transcripción exacta, ni de las preguntas, ni de las respuestas de los pacientes (es el caso de Mouchet, Ingenieros, etc.). Esta advertencia será retomada en las conclusiones de nuestro artículo.

En consecuencia, Mapelli realiza sobre cada entrevista con la paciente, de un total de tres, un resumen punto por punto de lo expresado por la enferma, acompañado con la misma minuciosidad de una conclusión de cada entrevista. Algunas de estas conclusiones son: “probable estereotipia de un dolor imaginado por *choc* emocional” [...]. “Desaparecen estos trastornos mientras cría otro hijo de tres meses. Observando esta coincidencia y su estado psíquico actual, es menester dar más importancia al comienzo de sus ideas raras, que al de su dolor [...] su desarmonía psíquica era más grande cuando tenía ideas raras que cuando empezó a sentir el dolor de cabeza (que aparecía asociado con el trastorno tiroideo). El diagnóstico causal, entre signos de interrogación: “¿*choc* emocional con posible estereotipia de una sensación de dolor imaginario?; ¿intoxicación tiroidea?” (Mapelli, 1928b: 34).

Con la imparcialidad de un profesional, llega a la conclusión definitiva: La clasificación nos indicó que la enferma es una neuropática. El diagnóstico de presunción nos sugirió tratarse de un dolor funcional. El diagnóstico causal: *choc* emocional con posible estereotipia de una sensación de dolor imaginario o intoxicación tiroidea. El diagnóstico de relación: estereotipia de una sensación de dolor imaginario. El diagnóstico anatómico no existe pues suponiendo una causa funcional no se puede formular ningún diagnóstico anatómico. Diagnóstico etiológico ¿disfunción de los nervios de la zona dolorosa?

Se deberá meditar sobre la relación entre el dolor que perdura tantos años con el *choc* emocional. Su explicación es la siguiente: su afecto por el hijo ha podido despertar la idea del miedo de perderlo por cualquier causa y exagerar esta sensación. De modo de si caía el niño *hace suya* (la itálica es del texto) la sensación de dolor que el niño *hubiera tenido* (la itálica es del texto) al golpear la cabeza contra el suelo.

La terapéutica recomendada para el caso es la “psicointervención” en cinco tiempos: a) el diagnóstico definitivo; b) reflexión sobre el diagnóstico; c) elección de un estímulo; d) captación del enfermo; e) aplicación del estímulo. En la captación del enfermo se considera además la sugestionabilidad de la paciente, la simpatía, la confianza, la fe máxima.

En todo el proceso deberá observarse las reglas ceñidas a la ética del médico: interrogatorio a solas, preferiblemente en la casa porque el médico puede observar el medio en que vive, e interrogar a la gente que la rodea, además de que la persona se encuentra allí más cómoda. No recomendar la consulta con otro profesional, pues disminuye la autoridad del médico sobre el enfermo. Y por último una advertencia al profesional que quiera ensayar nuestro sistema “no debe apresurarse sino llegar metódicamente al fin, donde encontrará sin esfuerzo el diagnóstico integral (Mapelli: 35).

Discusión y conclusiones

Qué se había entendido hasta ahora por sugestión: persuadir, decir, predicar, repetir, imponer, insinuar con palabras una idea en la mente del otro. Esta es una concepción que Mapelli considera errónea y que ha sido causa de confusiones y descréditos. Para el italiano Mapelli el estímulo debe provenir de las distintas tendencias del enfermo “en nosotros está la enfermedad, en nosotros la curación”. Una vez determinadas las causas que se relacionan con la enfermedad, el profesional deberá elegir los estímulos apropiados a la mentalidad del paciente. Para que un estímulo esté en *armonía* con la mentalidad del enfermo, es menester que entre él y el médico se establezca una franca corriente de simpatía. La psicointervención tiene por principio el concepto -dice el autor - que “en nosotros está el mal y en nosotros la salvación. Los reactivos están en nosotros mismos, hay que encontrarlos y nunca tratar de adivinarlos” (Mapelli: 141). La terapéutica psíquica utilizará estímulos bien elegidos, que pueden ser físicos o psíquicos, y que deben provocar sensaciones reales y claras sin intervención de la voluntad del enfermo. El estímulo debe provenir del mismo enfermo, momento en el cuál, el autor cita a Hipócrates, en su famosa sentencia “la naturaleza cura las enfermedades”. Si en nosotros está la enfermedad, en nosotros está la curación.

El origen de la enfermedad y el concepto terapéutico de la psicointervención se fundan en el *choc* emocional. Cada emoción provoca reacciones en nuestra personalidad “bio-mental” y estas a su vez producen modificaciones en todo el organismo. El valor de esta terapéutica reside en ser “exitadora” de nuestro sistema neurovegetativo. La psicointervención tendrá por objeto crear emociones patógenas y reeducar el órgano que tiene hábitos patógenos (Mapelli, 1928b: 140). Mapelli hace uso de un estímulo que llama *choc* conciente de tal modo que pueda llegar hasta el subconciente. El subconciente no es nada más que el conjunto de sensaciones sentidas y olvidadas por el conciente. Por lo tanto, inhibir o excitar el subconciente, a través de los estímulos psicointervenedores, será la aspiración más importante de la terapéutica psíquica (Mapelli, 1928b: 152).

La lectura de este libro muestra su carácter intuitivo, toda vez que abundan los contenidos prácticos y las recomendaciones de sentido común. La terapéutica es elaborada también de un modo esencialmente práctico, eficiente y sostenida en el presupuesto que el paciente podría haber enfermado por un *choc* emocional y podría curarse con otro *choc* emocional. Esta cura por el *choc* utiliza

elementos diferentes, psíquicos o físicos, y obtiene modificaciones y resultados. Las referencias bibliográficas a autores contemporáneos son escasas en el libro. Hay referencias a Charcot, Freud, Grasset, Berheim, Pascal, Babinsky; además de otras, con mucha menor presencia (una o dos referencias, sin citas), a Janet, Krafft Ebing, Lombroso e Hipócrates. Si bien estas menciones son localizables tienen muy poco peso teórico (son citas de autores y no de publicaciones) y en la mayoría de los casos son utilizadas para apoyo de sus hipótesis o para mostrar fracasos terapéuticos y de comprensión de la enfermedad.

El libro de Mapelli es un compendio de las mostraciones de enfermos casi único en la época, en él reafirma la importancia del elemento psíquico como generador de fuerzas incalculablemente poderosas y abre así una nueva vía hacia el esclarecimiento de lo que llama "fenómenos de la vida". Con esta última expresión se refiere a las múltiples modificaciones orgánicas que son causadas por estímulos psíquicos. Suma ejemplos procedentes de la observación para justificar estas afirmaciones alrededor de la diferenciación entre el dolor orgánico y el dolor funcional (estereotipia dolorosa). Esta diferenciación es fundamental para sostener que la enfermedad es el resultado de una alteración más o menos grave de la armonía de la vida. El subtítulo del libro es significativo: *Estudio de la acción psíquica sobre las funciones vitales*.

No queremos abandonar esta discusión sin mencionar que repasando la transcripción del caso, especialmente en relación al interrogatorio que Mapelli hace a la enferma, así como los comentarios posteriores, prevalece en las reflexiones diagnósticas del autor que, más allá de la elección de los estímulos psicoinevadores, es otra la verdadera razón de la curación de la enferma: la paciente experimenta un alivio de su dolor hablando de su hija fallecida. Dicha observación fue hecha por Mapelli en la primera entrevista y pudo entrever a partir de allí un posible estímulo por inclinación. En síntesis, la palabra será para Mapelli un estímulo psíquico comprobable y la enferma iniciará su proceso de curación cuando comience a hablar.

Notas

[i] En la sugestión James Mapelli incluye dos formas definidas como sugestión en estado de vigilia, y sugestión en estado de sueño provocado llamado sueño hipnótico (Mapelli, 1928b: 16).

[ii] Se ha trabajado en Falcone, R. (2012) "Las practicas psicoterapéuticas del psicoanálisis y el problema del "análisis profano" entre 1920 y 1930 en Argentina" (en evaluación), presentado en este mismo Congreso. Allí se ha tomado el artículo de Freud "Análisis Profano. Psicoanálisis y Medicina" de 1926, donde Freud aboga por la no intervención, en el ejercicio del psicoanálisis realizado por individuos ajenos a la profesión médica, dado que considera el análisis un asunto particular que debe dirimirse entre el terapeuta y sus pacientes. Freud a favor del psicoanálisis profano argumentaba sobre las dificultades que la transmisión de la técnica psicoanalítica planteaba: el analista no hace más que entablar un diálogo con el paciente. También se ha abordado la problemática tal como ha sido planteada por Juan R. Beltrán en Argentina. Según Beltrán analizar a un sujeto requiere estar a solas con él y reproducir esa experiencia se hace imposible frente a un público de estudiantes. Argumentaba que el psicoanálisis, a diferencia de cualquier método terapéutico, solo es posible a través del propio análisis (En Beltrán, J.R. 1936 "Psicoterapia y curanderismo", en *Revista de Psiquiatría y Criminología*, I, 338-339, Buenos Aires.

Bibliografía

Balán, J. (1988) "Profesión e identidad en una sociedad dividida: la medicina y el origen del psicoanálisis en la Argentina", Ponencia. Panel: Intelec-

tuales y política en América Latina, Nueva Orleans, 17 de marzo de 1988, copia electrónica.

Balán, J. (1991). Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino. Buenos Aires, Planeta.

Beltrán, J. (1936) "Psicoterapia y curanderismo", en *Revista de Psiquiatría y Criminología*, I, 338-339, Buenos Aires.

Beltrán, J.R. (1936) "La psicoanálisis y el médico práctico". *Revista Psicoterapia*, I, n° 3, 75-79, Córdoba.

Falcone, R. (2012) "Las prácticas psicoterapéuticas del Psicoanálisis y el problema del "análisis profano" entre 1920 y 1930 en Argentina", en evaluación, presentado en este Congreso.

Falcone, R. (2007) "Condiciones de inicio de la clínica psicoanalítica en Argentina (1930-1942)", XIII Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, T° II, Vol. XIV, 135-146.

Falcone, R. (2002) "El giro hacia la profesionalización de la Psicología: discursos y prácticas. Ecos de una polémica", en *Investigaciones en Psicología*, Facultad de Psicología, U.B.A., Año 7, n°1, 27 a 43.

Freud, S. (1926). "Análisis Profano. Conversaciones con una persona imparcial", *Obras Completas*, T° III, Biblioteca Nueva, 3ra. Edición, pp. 2911-2959.

García, G. (1978). La entrada del psicoanálisis en la Argentina. Obstáculos y perspectivas, Buenos Aires, Altazor, 265-290.

Klappenbach, H. (1995). "Psicología y campo médico. Argentina años '30", *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología* 1, 159-226.

Mapelli, J. (1928a) La psicoinevación. Terapéutica psíquica. El Ateneo, Buenos Aires.

Mapelli, J. (1928b) "Un caso de Paraplejía funcional curada por psicoterapia", *El día médico*, 1928, Buenos Aires.

Mira y López, Emilio. Manual de psicoterapia. Buenos Aires, Aniceto López Editor, 1944. Lopez imprenta, Buenos Aires 1942

Mom, J.M. (1984). "Entrevista a los fundadores (III): Celes Ernesto Cárcamo". *Revista de Psicoanálisis*, XLI, 6, Buenos Aires, APA, 987-1000.

Pizarro Crespo, Crespo, E. (1936), "Aspectos del movimiento psicoterápico y psiquiátrico en Europa y Francia", *Revista Psicoterapia*, I (1), 56-62, Córdoba.

Pizarro Crespo, E. (1936) "El movimiento psicoterápico y psiquiátrico en la Europa actual, en los países de lengua alemana y en la Unión Soviética", *Psicoterapia*, I, 81-91, Córdoba.

Rojas, Nerio (1932): "La Encrucijada Actual de la Psiquiatría", en *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, XIX, pp. 562-571, Buenos Aires.

Rossi, L.; Falcone, R. (2010) "Tradiciones conceptuales e institucionales del psicoanálisis en la Argentina", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Buenos Aires, Fundación Acta, Vol. 56, n° 4, 305-314.

Thènon, Jorge (1928): "La sugestión y la hipnosis terapéutica. Sus alcances en la medicina práctica", en *Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, II, pp. 250 y ss., Buenos Aires.

Vezzetti, H. (1989). Freud en Buenos Aires 1910- 1939, Edit. Puntosur, Buenos Aires.