

ESTUDIOS PATOGRÁFICOS: CUATRO MODELOS DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL INSTITUTO FREONOPÁTICO DE BUENOS AIRES (1900-1930)

PATOGRAPHIC STUDIES: FOUR MODELS OF MEDICAL RECORDS FROM THE FREONOPATHIC INSTITUTE OF BUENOS AIRES (1900-1930)

Fedra Freijo Becchero

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Correspondencia: fedrafreijo@gmail.com

Recibido: 13-10-2023

Aceptado: 30-11-2023

Resumen

El presente artículo se desprende del trabajo de recolección de fuentes primarias realizadas en el Instituto Freonopático de Buenos Aires que formó parte de la Tesis de Doctorado: *El lugar de la mujer en el discurso médico-psiquiátrico en el naturalismo-conservador y el humanismo espiritualista de la primera posguerra (1900-1930). Un análisis de las Historias Clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires* (Freijo Becchero, 2021). Luego de realizar un recorrido por la tradición sobre los estudios sobre registros patográficos, se presentarán los cuatros modelos de historias clínicas encontradas en esta institución entre 1900 y 1930. Al mismo tiempo que se analizará la mentalidad médica presente en los mismos.

Palabras clave: Historias clínicas, mentalidad médica, Instituto Freonopático de Buenos Aires.

Abstract

This article is the result of the collection of primary sources at the Freonopathic Institute of Buenos Aires, which was part of the Doctoral Thesis: *The place of women in the medical-psychiatric discourse in the naturalist-conservative and spiritualist humanism of the first postwar period (1900-1930). An analysis of the Clinical Histories of the Frenopathic Institute of Buenos Aires* (Freijo Becchero, 2021).

After a review of the tradition of studies on pathographic records, the four models of clinical histories found in this institution between 1900 and 1930 will be presented. At the same time, the medical mentality present in them will be analyzed.

Keywords: Medical records, medical mentality, Freonopathic Institute of Buenos Aires.

Introducción

El encuentro, la selección y preservación de las historias clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires, así como también su lectura y estandarización, son los desencadenantes de las preguntas que orientaron esta investigación. Estos interrogantes se centraron principalmente en los siguientes ejes: ¿cuáles son los cambios estructurales que han atravesado las historias clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires entre 1900 y 1930?; ¿qué impulsó esos cambios?; y ¿cuál es la mentalidad médico-psiquiátrica de la que se puede dar cuenta en cada modelo de historia clínica? El trabajo de recolección de fuentes realizado ha permitido identificar cuatro modelos de historias clínicas utilizadas en esta institución entre 1900 y 1930.

El estudio de los registros patográficos

Una fuente es posible de ser definida como un testimonio parcial y perdurable de la historia, de una manera de existir del ser humano en un determinado momento y que posee un autor. Es en este sentido que puede ser delimitado como un resto histórico. En el caso específico de la medicina, en sus fuentes encontramos el registro de una solución dada por la ciencia para la resolución de un problema como es la curación de una enfermedad de un semejante. Así, la historiografía médica será el ordenado relato de los puntos sucesivos en que el médico se ha situado para resolver su problema y de las acciones con las que ha intentado resolverlo (Laín Entralgo, 1950).

Entendidas las historias clínicas como relatos patográficos o expedientes clínicos complejos, se constituyen como documentos provenientes directamente de la práctica médica y cuyo análisis permite acceder a aspectos funcionales de las instituciones y de la praxis clínica de un determinado contexto social, al mismo tiempo que dan cuenta del marco de pensamiento y mentalidad médica de la cual emergen (Laín Entralgo, 1949, 1950). La historia clínica, tomada como una fuente de primer orden para la investigación histórico-médica, se ha ido modificando y adaptándose al desarrollo de la ciencia médica desde un aspecto técnico como también social, permitiendo su análisis identificar las vicisitudes que ha ido atravesando esta disciplina y su práctica. De esta manera, el contenido de las patografías psiquiátricas nos informa sobre las actitudes del psiquiatra y sobre los supuestos teóricos en los que se apoya. La información que presentan permite realizar estudios en el campo de la historia social, estudios sobre demografía y epidemiología histórica; como así también sobre el funcionamiento de las instituciones y de la praxis clínica. La utilización de las historias clínicas de una institución como fuente documental permiten el análisis no solo de los autores que las realizan, sino también la reconstrucción del método de trabajo. Estos documentos

ofrecen información sobre la manera de actuar de los clínicos que no aparecen en otro tipo de documentos de corte más teórico (Huertas, 2001).

Como base metodológica se tomarán los aportes de Laín Entralgo (1982) que ubica en la “introducción del sujeto en medicina” la gran novedad en el pasaje del siglo XIX al XX. En este sentido, en 1921 von Weizsacker establece dos momentos en la historia clínica, uno descriptivo donde se narra un momento de la vida humana, y otro intelectual denominado “reflexión epicrítica” en el que el médico debe explicar cómo entiende el caso clínico, brindando una reflexión comprensiva de la subjetividad del paciente (Laín Entralgo, 1950). Queda así la historia clínica teñida de descripciones de comportamientos, actitudes, expresiones del enfermo; que dan cuenta de su subjetividad. Resulta también significativa la incorporación de los estados subjetivos en la valoración de la enfermedad mental en la psiquiatría francesa de la segunda mitad del siglo XIX (Huerta, 2001).

Dentro de la historia del relato patográfico también se ha abordado la adscripción a un determinado sistema nosográfico como forma de entender la historia clínica, en tanto que ha permitido dar cuenta del marco epistemológico y mentalidad médica de la cual emerge.

La valoración de los contenidos de la patografía aporta así información sobre los supuestos teóricos sobre los que el médico se apoya. Un ejemplo que permite ilustrar esta cuestión es la búsqueda de una lesión que defina la enfermedad, lo que da cuenta de la importancia otorgada a la anatomía patológica característica de parte del alienismo, ya presente en Pinel, que asimila la locura a la corporalidad del individuo y a su localización en el cerebro; que acontece principalmente después de los estudios anatómicos de Bayle (1799-1858) y se evidencia en el movimiento frenológico (Huerta, 2001).

Otro aspecto que ofrece información valiosa es el momento de la elaboración de la historia clínica, en tanto que si la redacción de la misma tiene lugar cuando la afección ha terminado su evolución se ponen de manifiesto las ideas sobre la terapéutica de su autor. Las diferencias entre las historias clínicas de instituciones públicas y privadas, la frecuente aparición de escritos de los pacientes en estas historias, el contraste entre el lenguaje del médico y el del paciente; son datos valiosos que estos materiales aportan (Huerta, 2001).

Lo trabajado sobre el estudio de las historias clínicas, permite dar cuenta de que si bien contiene cada una información sobre un enfermo concreto, único e irrepetible; al ordenar y sistematizar las historias clínicas de una determinada institución estas permiten caracterizar y tipificar marcos conceptuales o modelos de actuación médica. Se constituyen estos documentos como el escenario privilegiado en el cual la historia de las ideas y la historia social de la psiquiatría se entrecruzan necesariamente. El trabajo sobre estos documentos habilita la entrada a múltiples tipos de datos: información concreta de la institución (cuestiones administrativas, normas de funcionamiento, tipo de ingresos); relación con otros establecimientos, indicadores demográficos de la población ingresada; tiempos de internación que ofrecen datos sobre el grado de cronificación y custodia, etc. Por otro lado, el estudio diacrónico de un conjunto amplio de historias clínicas permite establecer la evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos; como así también de una epidemiología de la locura en un determinado contexto histórico y geográfico; el cual es factible de ser comparado con otros estudios similares. De esta manera el adecuado tratamiento estadístico del contenido de

estos documentos permite aportar datos susceptibles de ser interpretados desde diferentes perspectivas; entre las que podemos resaltar el enfoque de género y el control social (Huertas, 2001).

Dentro de los aspectos metodológicos a tener en cuenta para el análisis de las historias clínicas es importante resaltar la compleja relación entre término y concepto; ya que con frecuencia aparecen historias clínicas de difícil delimitación nosográfica; los cuales requieren ser abordadas teniendo en cuenta la complejidad que implica el acto clínico, la amalgama de paradigmas en la mente del profesional y la distancia que necesariamente acontece entre la teoría y la práctica. La contextualización histórica del momento y el lugar que da origen a estos relatos patográficos requiere tomar a la enfermedad (mental o somática) como una construcción social; en tanto que las enfermedades que cada sociedad reconoce como tales son, en mayor o menor medida, variables histórica y culturalmente dependientes (Huertas, 2001).

Es posible así dar cuenta que las historias clínicas pueden ser estudiadas según dos criterios de difícil delimitación: su forma y contenido en tanto documento genéricamente definible, y como expresión verbal de un pensamiento patológico. Es decir, indagar lo que es y cómo es por un lado, y por otro lado qué es lo que dice. Entendiendo, como parte de este análisis que la estructura interna y externa de las mismas dependen del pensamiento patológico y del saber de quién la redactó. Es por tanto imposible estudiar la estructura y el estilo de la historia clínica sin tener en cuenta el pensamiento nosognómico, nosotáxico y nosológico del autor. Es en este sentido que el arte del diagnóstico, la clasificación de las dolencias y la teoría de la enfermedad; se filtran en la estructura, el contenido y la intención de una historia clínica. Estos documentos permiten así conocer con precisión la actividad clínica del pasado (Laín Entralgo, 1950).

Mentalidades médicas presentes en los registros patográficos de la época

La llamada *práctica del curar* ha sido atravesada por las vicisitudes de las ciencias desde sus orígenes. La misma exige resolver una serie de cuestiones antropológicas, terapéuticas y sociales conectadas entre sí, las cuales están atravesadas por la historia, el lugar y la época. De esta manera, cada historia clínica posee el contenido ocasional de un saber científico acerca del tema en ese momento específico. Un saber científico dinámico que con el transcurso del tiempo se va modificando.

El primer modelo de historia clínica

Si bien es posible dar cuenta de diferentes documentos médicos, las primeras historias clínicas bien caracterizadas son las que se encuentran en el *Corpus Hippocraticum* (Laín Entralgo, 1950). Este grupo de documentos aporta, con gran precisión, cómo es observada y descrita la realidad. En este sentido, se encuentra en los textos hipocráticos una consignación por escrito, con precisión y orden, su experiencia de médicos ante la individual enfermedad de algunos de sus pacientes. Compuestos por cuarenta y dos documentos contenidos en los libros I y III de las *Epidemias Hipocráticas*, constituyen el origen de las “historias clínicas”. Estos libros, profundamente analizados (Desmars, 1767; Galeno, 2003; Littré, 1840; Temkin, 1991; Laín Entralgo, 1950) se hallan compuestos por las siguientes partes: *Catástasis primera*, *Catástasis segunda*, *Catástasis tercera*, *Un intermedio sobre el diagnóstico*, *Catorce enfermos*, *Doce enfermos*, *Catástasis y Dieciséis enfermos*. El

análisis realizado por estos autores ha aportado claridad en relación a la doble significación del término *katástasis* para los griegos: uno de carácter transitivo, dinámico (la acción de establecer, instruir o constituir) y otro intransitivo, estático (fijeza, condición permanente o carácter de un ser cualquiera). Así, *katástasis anthrópou* es la condición física y moral de un hombre. En este sentido, el significado de la palabra *katástasis* en ambas acepciones lleva en sí dos características: la apariencia y una relativa permanencia en lo aparente. Es decir, en el caso de una persona, la condición de la misma que puede ser observada y descrita; y que también las notas que la constituyen en su conjunto en una cierta figura con una determinada regularidad; en otras palabras, el aspecto general (Lain Entralgo, 1950).

Se encuentra así que en las *Epidemias del Corpus Hippocraticum*, las descripciones catastróficas comienzan por registrar los rasgos geográficos, astronómicos y climáticos del lugar y de la estación en que el médico va a ejercer y luego expone los modos de enfermar más frecuentes durante la estación de la que se trata. Después, a modo ilustrativo, el autor presenta un conjunto de historias clínicas (Lain Entralgo, 1950). Precede a la historia clínica, a modo de epígrafe, la numeración ordinal del enfermo dentro del grupo en que figura (enfermo primero) y el texto comienza con la mención nominal o de alguna característica del paciente (profesión, lugar de nacimiento). A continuación, tras una breve referencia de los antecedentes (no en todos los casos) se describe día a día el curso de la enfermedad hasta la curación o la muerte del enfermo. En algunos casos las historias clínicas terminan con breves reflexiones acerca del caso (Lain Entralgo, 1950)

Resalta en este grupo de historias clínicas hipocráticas el detalle en la observación y la descripción del cuadro de síntomas, recogiendo todo lo que los sentidos que el hombre puede captar. Se pone de manifiesto por parte del médico de un “saber hacer” y resalta el riguroso ordenamiento cronológico de los síntomas y la precisión día por día del proceso morboso diferenciado en mañana, tarde y noche. La afección es abordada de manera individual, teniendo en cuenta en cada caso las particularidades geográficas, astronómicas y climáticas características del lugar en donde vive el paciente y de la ocasión en la que enfermó. En algunos casos también aparecen alusiones a posibles antecedentes causales de la enfermedad. No aparece una distinción clara entre los síntomas subjetivos y los hallazgos objetivos del médico, siendo todos considerados “signos” expresivos del proceso morboso y dándole la misma significación diagnóstica. En muy pocos casos aparece alusión a los tratamientos empleados, lo cual puede ser interpretado como excepción; en tanto sólo las prescripciones extraordinarias quedaban plasmadas. Las observaciones diagnósticas y las prácticas terapéuticas contenidas en estas historias clínicas son siempre obra de un solo médico, el que la ha redactado (Lain Entralgo, 1950).

El término *nousos* es usado por Hipócrates con el significado de “proceso morboso estrictamente individual”. Siendo así que el conjunto de todos los *semeia* (signos de la enfermedad desde la mirada del médico) y *páthema* (individual padecimiento del enfermo) configuran la figura de la *nousos* y su ordenada descripción la historia clínica (Lain Entralgo, 1950).

De esta manera, es posible ubicar en este modelo inaugural de historia clínica dos puntos de vista: el del médico y el del paciente. Diagnosticar implica entonces “entender científicamente” al enfermo y no “saber catalogarlo” según su modo de enfermar. En este mismo sentido, puede

ubicarse en Hipócrates, la importancia puesta no solo en el conocimiento de la enfermedad sino también del enfermo. El “arte médico” se compone así por: la enfermedad, el enfermo y el médico (Laín Entralgo, 1950). Frente a cada enfermo se considera minuciosamente la concreta y real individualidad del paciente, pero sin excluir las posibles semejanzas entre el enfermo que se observa y los demás; ya que todos los pacientes se parecen por el hecho de estar enfermos. El diagnóstico de los mismos implica considerar diferentes aspectos que hacen a la enfermedad: los hábitos, el régimen de vida, la edad, la dieta, el curso de enfermedades anteriores, los pensamientos del paciente; lo que implica un minucioso diálogo con el paciente. Los datos anamnésticos anotados en la historia clínica son así el resultado de un doble proceso selectivo: lo que el médico elige preguntar porque puede servirle para entender la enfermedad del paciente y que da cuenta de una idea del médico sobre el enfermar humano y un prejuicio diagnóstico sobre la dolencia observada; y lo que posteriormente pasa al texto que constituye la historia clínica (Laín Entralgo, 1950). La patografía hipocrática representa de una manera una mentalidad médica característica de la época, con un punto de vista específico sobre la contemplación y en entendimiento científico del hombre enfermo. Estos registros eran principalmente textos didácticos que el médico leía para aprender, siendo la principal intención de su creación la enseñanza a sus lectores sobre un “saber hacer”. En dichos registros hay dos objetivos: mostrar al futuro lector cómo debía conducirse frente a un enfermo en relación a la exploración y ordenamiento de los datos recogidos; y enseñar a entender y a tratar técnicamente el proceso patológico (Laín Entralgo, 1950).

En síntesis, estos documentos se constituyen como elementales de la experiencia y el saber médico; en tanto son la expresión escrita de la tensión intelectual del médico entre su experiencia personal y el saber científico (Laín Entralgo, 1950). La singularidad descriptiva de cada historia clínica se halla así enlazada, por múltiples hilos, con un indefinido e incipiente cuadro de semejanzas y de conceptos patológicos universales.

La historia clínica del siglo XIX hasta principios del siglo XX

En el estudio de las vicisitudes que han atravesado las historias clínicas desde el primer modelo hipocrático hasta las utilizadas en Argentina en los primeros treinta años del siglo XX, en los que se enfoca el presente trabajo, se han relevado múltiples modelos. Y fueron estos modelos de historias clínicas europeos los que influenciaron el pensamiento médico-psiquiátrico local. Teniendo en cuenta los objetivos delimitados, solo nombraremos los modelos más relevantes antes de profundizar en las características de la historia clínica del siglo XIX en Europa en tanto sientan las bases de las historias clínicas que más adelante serán analizadas: la historia clínica medieval, la historia clínica en el renacimiento, la historia clínica sydehamiana y la patografía del método anatomoclínico.

Las historias clínicas del siglo XIX resultan ser las más complejas, ya que se refieren a un extenso período en el cual se ha dado una gran cantidad y variedad de producción patográfica. Dentro de la estructura de las historias clínicas resalta la llamada “moderna”, canónica desde Herman Boerhaave (1668-1738) que consta de cinco apartados: 1) *descriptio subjecti*, donde se nombra al sujeto que padece la enfermedad y sus características biológicas; 2) los *praegressa* o los antecedentes de la enfermedad; 3) el *status praesens*, es la descripción y el diagnóstico del estado del paciente cuando lo ve por primera vez; 4) el *cursus morbi*, es el relato del proceso morboso desde

la primera vez que se lo observó hasta el término natural de la enfermedad; y 5) el *exitus*, que es la terminación de la enfermedad con tres posibilidades: *restitutio ad integrum*, *vita deficiens* y *exitus lethalis* (Laín Entralgo, 1950).

Durante el siglo XIX tres corrientes constituyeron el eje de la ciencia de la época: el positivismo, el evolucionismo y la intervención operativa. Desde la corriente del positivismo se accede al conocimiento de la realidad a través de los “hechos” sensoriales determinados por ella. En el caso del evolucionismo, se fundamenta en pensar que todo lo que es tiene su razón de ser en lo que ha sido. Esta última corriente comienza en el siglo XVIII y contribuye en la formación del pensamiento médico del siglo XIX. Finalmente, el hombre de ciencia se ubica en relación a la realidad desde una actitud operativa, no contentándose con la contemplación de la realidad sino con la necesidad de intervenir artificialmente en ella en un intento de dominarla. Es la influencia de estas corrientes lo que llevará, en el campo de la medicina, a que la exploración del enfermo y su tratamiento terapéutico aumente exponencialmente su producción en los últimos dos tercios del siglo XIX y principios del siglo XX (Laín Entralgo, 1950).

En el caso específico del pensamiento patológico serán tres orientaciones distintas las dominantes: la anatomoclínica, la fisiopatológica y la etiológica.

En el caso de la mentalidad anatomoclínica, encuentra en René Laënnec (1781-1826) uno de sus principales exponentes. Esta mentalidad se caracteriza por la subordinación del síntoma a la lesión anatómica, la consideración de la enfermedad como la alteración de la forma orgánica y la investigación en la búsqueda de signos físicos capaces de revelar la existencia y la índole de la lesión fundamental. Es decir, en esta mentalidad lo que aparece es una preponderancia del signo físico. En este sentido, el signo físico es definido como cualquier dato de observación sensorial que permita al clínico obtener con cierta certidumbre una imagen parcial del estado anatómico en el que se encuentra el cuerpo del enfermo. Es así que el médico intenta ubicar una lesión que se presenta oculta a la visión directa. Los avances de la época han permitido incorporar como signo físico: el dato de laboratorio (Richard Bright 1789-1858); los desórdenes del lenguaje (Paul Broca 1824-1880); las alteraciones del movimiento locomotor y de la sensibilidad (Moritz Heinrich Romberg 1795-1873); la visión externa de la patología interna (por ejemplo con la creación del primer laringoscopio que Ludwing Türck y por Johann N. Czermak incorporan a la clínica en 1858); etc. Esta mentalidad pone en relieve la exigencia de especialización y localización de forma material y visible de la lesión, causa inmediata de la enfermedad.

Esto implica que el ser viviente queda delimitado como una composición o yuxtaposición de partes anatómicas, diversas entre sí e instrumentos específicos de otras funciones independientes. Es la forma visible del ser viviente su característica primaria. En este mismo sentido la enfermedad es entendida como una alteración visible de la forma anatómica, siendo el proceso de la enfermedad una concatenación necesaria de causa y efecto. El cuadro sintomático es así el resultado de la destrucción anatómica o de una irritación localizada. Es por esto mismo que resulta posible decir, que esta mentalidad médica tiene una visión solidista de la enfermedad. En el caso del diagnóstico, implica la conexión necesaria entre cuadro sintomático y el cuadro lesional, siendo el síntoma la expresión visible de la lesión (Laín Entralgo, 1950).

A nivel del registro patográfico, el médico formado en esta concepción escribe la historia clínica de un caso individual y su relato expone cómo se va constituyendo el estado anatómico y sintomático del enfermo. La historia clínica es generalmente la descripción de un estado terminal o la narración de cómo ese estado logra su configuración definitiva. Esta mentalidad anatomoclínica se constituye sin duda en uno de los fundamentos principales que rigieron la medicina de todo el siglo XX (Laín Entralgo, 1950).

Por otro lado, la mentalidad fisiopatológica, aborda la enfermedad como la alteración del proceso energético y material en que la vida parece consistir. Es así que la enfermedad es considerada como proceso, lo que lleva a una revalorización del síntoma. Uno de los principales exponentes de esta mentalidad es Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), en tanto fue el primero en plantear el problema del conocimiento de la naturaleza viviente como un “proceso evolutivo”. Este proceso es entendido como un movimiento en el que va haciéndose visible algo que hasta entonces era inexistente o se hallaba oculto, lo que impacta en la descripción de la ciencia de la naturaleza como un catálogo ordenado y causal de los “procesos evolutivos” naturales (Laín Entralgo, 1950). Esta idea de evolución adquiere plena vigencia histórica en la segunda mitad del siglo XVIII y los primeros decenios del siglo XIX, constituyendo así en la idea directriz de la patografía del Romanticismo alemán. En esta corriente teórica, autores como Dietrich Georg von Kieser (1779-1862), delimita la enfermedad como una alteración en el proceso evolutivo de la naturaleza hacia las formas superiores del ser, resaltando principalmente los conceptos de “organismo” y “evolución”. El individuo humano queda establecido como un organismo microcósmico; en donde la observación y comparación de los casos individuales permitiría un entendimiento ordenador para el médico, para así poder construir las formas morbosas y a través de la abstracción llegar a los elementos constitutivos de esas formas morbosas.

Desde esta mentalidad la concepción de la enfermedad se delimita como un proceso evolutivo que queda expresado en la anamnesis, en donde el conocimiento del pasado se utiliza para explicar el presente. Este pasado se conoce por la información que aporta el paciente y las personas que lo rodean, como así también por los síntomas actuales en tanto estos suponen la existencia de cierto estado que debe haberles precedido (Laín Entralgo, 1950). La enfermedad es entendida como un “proceso necesario” en la continua sucesión de los “estados vitales” evolutivamente relacionados entre sí. Un modelo de historia clínica característico de esta mentalidad es la de Christian Friedrich Nasse (1778-1851) quien establece que este tipo de documentos debe estar compuesto por tres partes: una parte narrativa en la que se relata lo sucedido al enfermo hasta que se encuentra con el médico, una segunda parte diagnóstica, y finalmente una parte pronóstica. Estos tres momentos permiten la integración de los tres tiempos (pasado, presente y futuro) en lo que hace a la estructura interna de la historia clínica. Dando cuenta de esta manera de un proceso continuo y evolutivo de la enfermedad (Laín Entralgo, 1950). En este mismo sentido, el proceso morbo se rige por las mismas fuerzas y leyes de la vida fisiológica normal, siendo la misma una actividad fisiológica en condiciones anormales; lo que permite estudiar a la enfermedad con los mismos métodos que la vida fisiológica normal. La manifestación visible de la enfermedad es el síntoma, que en esta mentalidad médica aparece altamente estimado; no solo porque revela la lesión, sino también porque da cuenta de la alteración del proceso fisiológico que está aconteciendo en la enfermedad.

Esta mentalidad se nutre de recursos para el análisis y medición de los síntomas; como métodos de estudio físicos y químicos o la provocación artificial de estados fisiológicos semejantes en animales de experimentación (Laín Entralgo, 1950).

En el caso de las historias clínicas, esta mentalidad se expresa en: el estudio fisiológico del síntoma espontáneo, la aparición de la “prueba funcional”, la visión procesal de la enfermedad, una nueva idea de “signo físico” y la indagación de síntomas nuevos. Resaltan, como ejemplo de la mentalidad fisiopatológica, los trabajos de Carl Reinhold August Wunderlich (1815-1877) que toma la termometría como modo de dar cuenta del proceso de la fiebre (síntoma) en el enfermo.

En esta mentalidad, el ser viviente es concebido como un conjunto de funciones vitales más o menos unificadas en el espacio (cuerpo individual) y en el tiempo (vida del individuo desde su nacimiento hasta su muerte); es decir como un flujo de materia y energía dotado de configuración típica. Es en sí, el ser viviente un proceso material y energético que a lo largo del tiempo adopta una figura visible más o menos constante. Son así las “leyes fisiológicas” las que rigen sus funciones particulares, y el proceso la esencia misma de la vida. En coincidencia la enfermedad es concebida como un desorden en el proceso normal de las funciones vitales, el cual es tipificable y cada uno de los “tipos procesales” en la anormalidad puede ser una “especie morbosa” o síntoma. Lo propio, fundamental y definitivo de una enfermedad es el tipo de proceso de materia y energía en que una enfermedad consiste. Por eso el diagnóstico consistirá en determinar la índole específica del proceso morboso y el ocasional estado de ese proceso en el momento de la exploración. En el caso del relato patográfico, éste se basa en la simultánea descripción de un proceso morboso particular y de la ocasional situación de este proceso en el momento de cada una de las exploraciones. Esta descripción debe ser científica, por lo que el patógrafo se esfuerza por conseguir que su descripción sea fisicoquímica y la narración pueda dar cuenta de la “ley natural” que preside el cumplimiento del proceso y la relación causal entre los estados sucesivos (Laín Entralgo, 1950).

Finalmente, la mentalidad etiológica ve a la enfermedad como una consecuencia determinada por las causas que la producen, lo que requerirá la objetivación de la etiología siendo la bacteriología, la toxicología y la genética las disciplinas que más aportaron a esta mentalidad. Ya presente, esta concepción desde la patología galénica, la causa de la enfermedad se integra por tres momentos etiológicos principales: la “causa primitiva” o externa (el agente que actúa sobre la naturaleza del enfermo y desencadena el proceso morboso); la “causa dispositiva” o interna (la condición del individuo que hace posible la eficacia del agente externo); y la “causa continente” (la alteración del cuerpo que resulta de la conjunción de las dos causas anteriores. Serán los avances en la investigación, a través de la observación y de la experimentación, lo que permitirá en el siglo XIX conseguir la objetivación de la etiología. En este sentido, el estudio de la acción de ciertas sustancias tóxicas o venenos sobre el organismo humano; como así también la idea que algunas enfermedades, especialmente las contagiosas, son producidas por la entrada de minúsculos seres vivos en el cuerpo del enfermo; se apoyarán en esta mentalidad para encontrar su base científica. Resalta, como ejemplo de esta mentalidad, los estudios del bacteriólogo y patólogo Edwin Klebs (1834-1913) (Laín Entralgo, 1950).

Para esta mentalidad, el ser viviente se destaca por su apertura al medio y su capacidad de responder a los estímulos que el medio le ofrece o impone. En concordancia con esta concepción, la enfermedad se entiende como un modo de responder a los estímulos del medio, cuando éstos, por anomalía cualitativa o cuantitativa, llegan a ser patógenos. Este estímulo puede ser inerte (un veneno) o viviente (un microbio). El eje principal de este pensamiento ubica la enfermedad como consecuencia de la causa morbosa externa, es decir, como reacción anómala al estímulo causal. El diagnóstico se basa así en la tarea de precisar la naturaleza del agente patógeno, por tanto la respuesta del laboratorio de toxicología o de bacteriología prevalece sobre los datos de la observación clínica (Laín Entralgo, 1950). Esta concepción impacta en la historia clínica dándole la forma de un informe sobre el efecto del agente patógeno y las consecuencias del mismo en el organismo del enfermo.

La objetivación de las causas proegúmenas característica de la mentalidad etiológica se enfoca así en el análisis de las propiedades del individuo, las cuales responden a tres órdenes: las propiedades en las que predomina el carácter constitucional o hereditario; las propiedades que dependen de una alteración sufrida desde el momento de la concepción hasta el nacimiento; y las propiedades adquiridas desde el nacimiento hasta el momento de la enfermedad. Estas últimas a su vez, pueden depender de una habituación preponderantemente biológica (como edad, enfermedades crónicas) o de un acto o hábito preponderantemente personal (voluntad). De esta manera, en los últimos veinticinco años del siglo XIX comenzaron a retornar al discurso médico términos como “disposición”, “constitución” y “temperamento”; y se advirtió e investigó la condición hereditaria de las propiedades potenciales del paciente para determinada enfermedad. Momento en el cual la heredopatología adquiere principal relevancia. Este movimiento se acompañó también del estudio de la influencia del ambiente y de los hábitos en el desarrollo de una enfermedad en el individuo. Si bien la idea de una herencia, moral o física, para el desarrollo de una enfermedad está presente desde la antigüedad en autores como Hipócrates o Paracelso, los estudios del siglo XIX y XX se han dedicado principalmente a dar soporte objetivo a esas concepciones. Los trabajos se orientaron principalmente a una observación clínica minuciosa, a exigir una nosográfica y a una atención especial sobre la herencia. Estos trabajos fueron influenciados directamente por los aportes de Gregor Mendel (1822-1884) y Charles Darwin (1809-1882); teorías desde donde se acuñaron los conceptos de “evolución” y “regresión”, entre otros. Todos estos aportes teóricos impactaron en los registros patográficos a través de la incorporación de un “padrón heredopatológico” en la anamnesis de los pacientes. De manera que la narración patográfica comenzó a incluir, no solo al paciente, sino que también a la familia del mismo. Se incorpora así el correlato biológico y psiquiátrico de la familia (Laín Entralgo, 1950).

El uso del término “constitución” alude en este modelo mental médico a una “disposición” o a una “resistencia” sobre un determinado modo de enfermar. Siendo que esta “disposición” o “resistencia” posee una estructura biológica integrada por un aspecto hereditario y otro adquirido.

A modo de síntesis, es posible decir que durante el siglo XIX se pueden ubicar tres ejes que guiaron la medicina universal: las producciones teóricas que se dieron en Francia, Inglaterra y los países germánicos (Alemania, Austria y Suiza). Durante la primera mitad del siglo las diferencias en la manera de concebir a la medicina entre estos círculos fueron muy marcada, pero a partir

de 1845 la medicina europea se fue homogeneizando. La patología preferente o exclusivamente orientada por la mentalidad fisiopatológica se restringió principalmente a Alemania, a diferencia de la patología Francesa del siglo XIX que ha sido mayoritariamente anatomoclínica y la patología inglesa principalmente empírica o pragmática. Cada una de las corrientes se esforzó en demostrar con hechos y razonamientos la exclusividad de su doctrina, sin llegar a una unidad superior que las pudiera contener, a pesar de que todas fueran entendidas dentro del naturalismo del siglo XIX (Laín Entralgo, 1950).

Si bien, en los primeros treinta años del siglo XX en los que se enfoca esta tesis (y en otros años también), las mentalidades anatomoclínica, fisiopatológica y etiológica han seguido operando como preponderantes en la mentalidad médica; han aparecido también algunas novedades patológicas que intentaron dar cuenta del enfermo como una unidad, como ser viviente y como ser personal. Estas nuevas investigaciones apuntaron al estudio de la patología humana desde el punto de vista de la constitución específica del ser humano, no solo de su existencia meramente biológica, es decir, de su existencia más personal. En este sentido, emerge la mentalidad biopatológica que introduce la idea del ser humano como un organismo cualitativamente diferenciado del resto de los organismos vivos; al mismo tiempo que constituye a cada individuo como un organismo diferente a los demás organismos humanos. Esta mentalidad introduce la concepción del ser humano como un organismo, pero no solo como un organismo (Laín Entralgo, 1950).

En este nuevo contexto resalta la figura de Sigmund Freud (1856-1939), como uno de los primeros médicos, junto con Josef Breuer (1842-1925) y Pierre Janet (1859-1947), en incorporar la intimidad del enfermo en la patografía.

La especificidad de las historias clínicas de las enfermedades del sistema nervioso

Un caso especial se da en las historias clínicas de las llamadas “enfermedades del sistema nervioso”, en tanto son estudiadas durante el siglo XIX y XX desde las mentalidades médicas vigentes, siendo el caso de la histeria el más analizado y divulgado.

Desde la mentalidad anatomoclínica, resaltan principalmente las historias clínicas de Jean-Martin Charcot (1825-1893), en las cuales la histeria aparece como una enfermedad sin lesiones anatómicas visibles. La descripción de los síntomas cardinales de la afección (de tipo motora y sensitiva) la define funcionalmente como una enfermedad del sistema nervioso y no como una simulación. No obstante, la investigación necróptica que se realizó en algunos casos de pacientes fallecidos que tenían este diagnóstico mostraba la carencia de lesiones que permitieran explicar sólida y objetivamente una lesión orgánica que diera cuenta del padecimiento (Charcot, 1890). Gran parte de la actividad de Charcot en el Hospital de la Pitié-Salpêtrière se orientó a definir y defender la especificidad clínica de la histeria, dando cuenta de variabilidad clínica de esta afección pero ajustándose igualmente a ciertas normas con tres formas clínicas: la gran crisis *paroxística* o *hysteria major*; los diversos accidentes atípicos, “formas frustradas” de la histeria o *hysteria minor*; y los síntomas permanentes, *interparoxísticos* o “síntomas histéricos” (Charcot, 1890). El análisis de las historias clínicas de Charcot ha permitido ubicar ciertos rasgos: el relevamiento de la “herencia nerviosa” de la familia del paciente y la influencia desencadenante de un accidente traumático, leve en consecuencias somáticas para el paciente, pero

considera terrorífico para el enfermo. De esta manera, si bien la afección histérica aparece como puramente “funcional” y con una total carencia de lesiones anatómicas causales, fue delimitada como especie morbosa dentro de la mentalidad anatomoclínica. Esta concepción permite ser justificada en Charcot a través de plantear la existencia de perturbaciones orgánicas pasajeras localizadas en una lesión orgánica dinámica (Laín Entralgo, 1950).

Esta mentalidad patológica de Charcot se expresa en su patografía, en tanto él describe la enfermedad individual, un “caso de histeria”, y a la histeria como un “cuadro” sintomatológico determinado, como un “estado morboso” dotado de figura visual. La narración patográfica aparece así como el relato de cómo se ha ido constituyendo ese “estado” y su ordenación espacial, es decir, la descripción de estigmas histéricos bien localizados, deformaciones del campo visual, ataques caracterizados de una figura rigurosa y constante. La enfermedad aparece en asociación con dos determinaciones necesarias: cierta disposición constitucional heredada y una fuerte impresión ocasional que determina la producción de las alteraciones. Alteraciones localizables en el sistema nervioso central, aunque susceptibles de total regresión. A este tipo de patografía principalmente “visual”, posteriormente se opondrá la patografía “auditiva” de Freud, quien introducirá el concepto de inconsciente para dar cuenta de ciertos recuerdos que no son accesibles a la conciencia del enfermo, planteando una concepción más compleja del paciente (Laín Entralgo, 1950).

En el caso de la mentalidad fisiopatológica, también encontrará obstáculos para el tratamiento de las enfermedades “neuróticas”. En este sentido se pueden encontrar también en el Hospital de la Pitié-Salpêtrière investigadores que intentaron dar cuenta de la histeria desde una concepción fisiopatológica, como Georges Gilles de la Tourette (1857-1904) que propuso una alteración en el proceso químico de la nutrición como forma de concebir a la histeria. Aparecen en esta mentalidad tres grandes limitaciones en el caso de la histeria: no logra establecer la posible causa eficiente del trastorno, tampoco es considerado el problema de la causa final de la afección y no accede a la intimidad del enfermo (Laín Entralgo, 1950).

Finalmente, en el caso del pensamiento etiológico en su intento de explicar y tratar los procesos neuróticos se enfocaron casi exclusivamente en considerar la causa eficiente externa, es decir el “trauma patógeno”. Es así que, en el caso de la histeria, se ubica en primer plano el “trauma historógeno” por sobre la causa predisponente. Resaltan dentro de esta mentalidad las historias clínicas de Oswald Bumke (1877-1950), en las cuales la conceptualización y la descripción de la “reacción psicógena” tienen en la presunta causa procatártica del trastorno su punto de vista principal (Laín Entralgo, 1950).

Luego de recorrido realizado, es posible plantear que en el caso de ciertas enfermedades como la neurosis, intervienen aspectos del individuo que las “Ciencias de la Naturaleza” no pudieron dar cuenta plena de las mismas; en tanto ninguna de las tres mentalidades desarrolladas abordaban cuestiones relativas a la subjetividad y significación de los pacientes.

En este sentido, Sigmund Freud aporta un papel central al “trauma histerógeno” en el caso de las neurosis, aportando una concepción más biográfica a la histeria al introducir la teoría de los dos momentos del trauma y la solución de un síntoma desde la exposición de la historia clínica completa. Permite entender al paciente histérico como dominado por un efecto cuya causa ignora

y la desaparición del síntoma atado la expresión verbal de ese afecto (Freud, 1895). Introduce Freud toda una nueva doctrina psicoanalítica para el tratamiento de la histeria con conceptos básicos como: el inconsciente, el trauma psíquico, la represión, la libido; que contrastan con la concepción anatomoclínica de Charcot. La anamnesis de Freud resulta una novedad, en tanto se dirige al descubrimiento de contenidos anímicos inaccesibles al modelo de anamnesis tradicional; haciendo que el sujeto relate su historia y la de su enfermedad. Lo cual impacta en el paciente que se siente “implicado” en ella, siendo la patografía la biografía del paciente desde el día en que se inicia su enfermedad hasta el día en que concluye. Siendo que gran parte de la vida del paciente llega a la atención del médico; incluidos los “instintos” o “pasiones”. De esta manera Freud describe en sus historias clínicas la vicisitud morbosa de un ser viviente íntimo, libre y racional; es decir una “persona”; lo que introduce la condición personal del paciente a las historias clínicas que no se registraban formalmente en las historias clínicas tradicionales. Queda así constituida la obra de Sigmund Freud como la primera etapa en la conquista de la condición personal del enfermo por parte del médico (Lain Entralgo, 1950).

El recorrido realizado sobre el desarrollo que han tenido las historias clínicas a través del tiempo nos ha permitido dar cuenta del camino que ha transitado el arte de ver, oír, entender y descubrir la enfermedad humana; hasta llegar a los primeros treinta años del siglo XX en los que se encuadran las historias clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires que se analizarán más adelante.

El Instituto Frenopático de Buenos Aires

El Instituto Frenopático de Buenos Aires es una institución dedicada a la atención psiquiátrica de manera ininterrumpida desde 1880. Se destaca por ser la primera institución privada de estas características de la República Argentina y su fundación coincide con la construcción de los primeros hospicios y la organización de las primeras cátedras de medicina mental en nuestro país. La institución fue creada por tres doctores: Rafael Herrera Vegas (médico de origen venezolano que llegó a Argentina en 1870 luego de haberse radicado en Cuba y en Brasil; estudió medicina en la Universidad de La Sorbona y fue un reconocido médico cirujano); Felipe Solá (doctor en medicina de la Universidad de Barcelona, que si bien durante su formación se orientó a la cirugía, su práctica lo llevó hacia la psiquiatría. También fue presidente de la Sociedad Española y ejerció como médico en el Hospital de Alienadas); y Eduardo Pérez (reconocido por suceder en 1890 a Eduardo Wilde en la cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Buenos Aires, hasta 1899). Estos tres profesionales que llevaron adelante la fundación de la institución también fueron sus primeros Directores. También fue director del Instituto el Dr. Marcelino Herrera Vegas, hijo del Dr. Rafael Herrera Vega quien en sus últimos años de vida vendió la tercera parte del Instituto a los Doctores José M. Ramos Mejía y Pastor J. Sosa (Virgilio, 2018). La institución se estableció originalmente en la zona de Barracas, específicamente en la Avenida Montes de Oca al 600. Desde sus inicios se dedicaba a la atención de hombre y mujeres; separados en dos pabellones. Como antecedente, resulta importante resaltar el Instituto Frenopático de Las Corts de Barcelona fundado en 1863 por T. Dolsa i Ricart (1816-1890) (Falcone, 2018). El Instituto Frenopático de Buenos Aires ha continuado su atención de manera ininterrumpida hasta la actualidad, aunque ha cambiado su ubicación.

Teniendo en cuenta los estudios sobre el desarrollo de la psiquiatría en Argentina (Stagnaro, 1997) se puede ubicar el inicio de la primera matriz de la medicina mental o feniatria entre 1870 y 1900. Es en este período que se construyeron también los primeros hospicios: Hospital de mujeres (1854); Hospital de Hombres (1863); Open Door (1899); Luján y Melchor Romero, La Plata (1897). Al mismo tiempo que se organizaban las primeras cátedras de medicina mental (UBA, 1876) y aparecían las primeras publicaciones sobre la temática.

Es en este contexto que un grupo de freniatrias comienza a ocuparse del tratamiento de la locura. Este grupo, liderado por el Dr. Lucio Meléndez, ejercía su práctica en instituciones como los manicomios de la ciudad de Buenos Aires (el Hospicio de las Mercedes, el Hospital de Alienadas), en algunas instituciones privadas (como el Instituto Frenopático); y también en casas particulares de insanos y a través de las consultas particulares a domicilio (Stagnaro, 1997).

En el caso del Instituto Frenopático, los médicos que allí atendían eran reconocidos profesionales, con trayectoria en el ámbito público y en la docencia universitaria. Se circunscribe así a un reducido grupo de notables médicos el comienzo del ejercicio de la psiquiatría en Argentina. Resalta como un hecho trascendental el Congreso de Feniatria y Neuropatología, que tuvo lugar en Amberes, organizado por la Sociedad de Medicina Mental de Bélgica. En este congreso, en el que participó Felipe Solá, se focalizó en la necesidad de arribar a un acuerdo sobre las clasificaciones nosográficas de las enfermedades mentales. Los médicos apoyaron la iniciativa y aceptaron la clasificación de Lefèvre como orientación general, e indicaron que los miembros reunidos en sus países elaboraran sus propias nosografías (Stagnaro, 1997). En Argentina participaron de este proceso los doctores Felipe Solá, Antonio Piñero, Lucio Meléndez, Emilio Coni, Domingo Cabred, Manuel Blancas, entre otros; quienes sentaron las bases de una estadística internacional de alienados y esbozaron una clasificación de las enfermedades mentales. Esta clasificación fue posteriormente publicada en la Revista Médico-Quirúrgica, dirigida por Felipe Sola y Emilio Coni, con una nosología que definía los siguientes tipos mórbidos: idiotismo, cretinismo, locura paralítica, demencia, locura tóxica, manía, melancolía y locura circular (Falcone, 2011).

Si bien los registros documentales del Instituto del período seleccionado para la presente investigación son escasos, se pudieron identificar dos tipos de documentos: las admisiones y las historias clínicas. Un estudio realizado en base a los datos consignados en las admisiones del Instituto Frenopático entre 1880 y 2017 (Virgilio, 2018) ha registrado 437 admisiones de hombres y mujeres entre 1900 y 1930: 79 admisiones correspondientes al año 1900, 143 correspondientes al año 1910; 65 correspondientes a los años 1915 y 1918; y 150 correspondientes al 1919.

De la misma investigación se desprende también la composición de la población de pacientes del instituto entre los años 1880 y 1907, con una población 50% de nacionalidad argentina y el otro 50% de origen extranjero. Finalmente se han podido relevar algunos datos sobre el crecimiento sostenido de admisiones de pacientes desde sus inicios hasta 1912, momento en el cual se produce un fuerte decrecimiento hasta 1918, seguido de una brusca elevación en 1920; y finalmente un aumento escalonado hasta 1930.

Análisis estructural y mentalidad médica presente en las historias clínicas del Instituto Freonopático de Buenos Aires (1900-1930)

El trabajo de recolección de fuentes realizado ha permitido identificar cuatro modelos diferentes de historias clínicas utilizadas en esta institución entre 1900 y 1930: un primer modelo utilizado en sus momentos iniciales (1900); un segundo modelo que aparece entre 1906 y 1907; un tercer modelo que contiene historias clínicas entre 1907 y 1911; y finalmente un cuarto modelo que aparece en 1922. A continuación, se analizarán las estructuras de cada uno de los modelos, como así también la mentalidad médica presente en las mismas.

Diseño 1900

Bajo el título de “Observaciones” se estructuran los primeros registros, los mismos presentan un número de registro que inicia con el número 1175 para la fecha del 15 de Enero de 1900. La estructura de las “Observaciones” cuenta con una serie de ítems preestablecidos en la carátula que incluyen: año, fecha de entrada, nombre y apellido, sexo, profesión, edad, estado civil, domicilio, fecha y lugar de nacimiento, salida, muerte y cuadro de “antecedentes hereditarios del enfermo”.

En relación al cuadro de “antecedentes hereditarios del enfermo”, incluye la rama paterna y maternas desde los abuelos del enfermo hasta sus hijos. Si bien el registro de antecedentes de enfermedades familiares se despliega al interior de las “Observaciones”, no se asignan esos datos en el espacio establecido en la portada para los mismos.

Instituto Freonopático
Buenos Aires
Observación 1175
Año 1900

Fecha de la Entrada: 15 de Enero

Nombre y Apellido: Juan J. Ferrera Sexo: M

Profesión: Escriba Edad: 22 años

Estado civil: casado

Domicilio:

Fecha y lugar del nacimiento: Francia Salida:

Muerte:

Antecedente hereditario del enfermo			
	Padres	Madre	Hijos
Abuelo	Padre	Madre	
Abuela	Padre	Madre	
Abuelo	Padre	Madre	
Abuela	Padre	Madre	
			enfermo

Fig. 1. Historia clínica (1900)

El análisis del texto escrito en el interior de estas *Observaciones*, si bien no cuenta con categorías preestablecidas, presenta una regularidad en la presentación del contenido que ha permitido diferenciar ocho categorías de información: 1) Ingreso: que incluye datos del paciente, su padecimiento, el traslado al establecimiento, el pedido de la familia, la fecha, año y el nombre del médico; 2) Datos generales: como nombre, nacionalidad, edad, tipo de temperamento, constitución, antecedentes hereditarios, datos suministrados por la familia y, específicamente en el caso de mujeres, su carácter como madre, esposa, en el matrimonio, hijos, abortos, menstruaciones, partos y embarazos; 3) Primer ataque: en donde se describe las características y tiempo de duración del ataque que está impulsando la internación; 4) Observaciones intermedias: espacio en el cual pueden o no aparecer otras fechas en las cuales se relevan cómo se ha observado al paciente, mejoras o no; 5) Salida: en donde se asigna la fecha, el estado del paciente al egreso; 6) Diagnóstico: en donde se establece el diagnóstico de egreso el cual no suele coincidir con el diagnóstico asignado en el ingreso (padecimiento); 7) Tratamiento: en donde se asigna el tratamiento recibido (hidroterapia, baños, bromuro de potasio, inyecciones, etc.); y 8) Reingresos: en algunas oportunidades aparecen reingresos en donde se asigna fecha y razones de ingreso (entendido como un nuevo ataque), salida, diagnóstico y tratamiento.

Resulta importante destacar que el nombre del médico (uno o dos) solo aparece en el ingreso. En el resto de cada uno de los documentos analizados aparecen un solo tipo de caligrafía y sin asignar ninguna firma, lo que permite suponer que una sola persona realizaba el trabajo de escritura de estas observaciones.

En relación a los diagnósticos, se presentan diferencias entre el diagnóstico de ingreso y el del egreso, al mismo tiempo que se observan internaciones breves. Los estados de egreso se encuentran distribuidos en denominaciones como: mismo estado, curado, poco mejorado y mejorado. En relación a los diagnósticos, no se presenta un criterio de diagnóstico unificado entre los médicos; aunque sí es posible observar que en el ingreso la denominación como: “enajenación mental”, “melancolía”, “histeria”, “manía”, etc.

Dentro de los aspectos importantes a resaltar sobre la mentalidad médica presente en estas historias clínicas aparece en primer plano los antecedentes hereditarios familiares. A diferencia de las historias clínicas hipocráticas, resalta en este diseño la falta del minucioso diálogo con el enfermo, lo cual es reemplazado por información aportada por la familia. En relación a la fundamentación sobre la causa de la enfermedad, se busca principalmente en una predisposición hereditaria (física o moral). Estas historias clínicas también presentan un ordenamiento compatible con la historia clínica moderna, en tanto cuenta con los cinco apartados: *descripto subjecti*, *praegressa*, *status praesens*, *causus morbi* y *exitus*. Es de esta manera posible delimitar la mentalidad médica presente en este diseño como anatomopatológica.

Diseño 1906-1907

Entrando en el año 1906 nos encontramos con el primer cambio en el formato de las historias clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires del período relevado, aunque para mediados de 1907 ya encontramos un tercer modelo de historia clínica. El análisis de este segundo diseño

cuenta con una serie de historias clínicas, las cuales ya comienzan a figurar con este nombre (ya que las anteriores eran nombradas como Observaciones).

En el caso de este diseño, se presenta con un formato con más campos delimitados, los cuales se distribuyen en: 1) Datos Generales del ingreso del paciente: fecha de entrada, procedencia, categoría, nombre, edad, estado, nacionalidad, provincia, años de residencia, profesión, grado de instrucción, religión, nombre de la persona que lo secuestra y grado de vinculación con el enfermo); 2) Antecedentes hereditarios (tipo de hijo, consanguinidad de los padres, edad del padre y de la madre al concebir al enfermo); 3) Ambiente doméstico (condición social de la familia, estado de la relación con el cónyuge y medios de vida); 4) Infancia y niñez (traumatismos, enfermedades, edad en que fue púber, facilidad para aprender a leer y escribir y enfermedades infecciosas o de otro orden hasta la época actual); 5) Examen directo del enfermo (estatura, peso, índice cefálico, apertura de brazos y otros estigmas más notables); 6) Examen psíquico (causas de la enfermedad presumida y averiguadas y tiempo en el que se notaron las primeras perturbaciones y cuales fueron); y 7) Observaciones (generales, diagnóstico, tratamiento, día de salida, estado mental del enfermo al salir del establecimiento y estado físico).

INSTITUTO FRENOPÁTICO

HISTORIA N° *1800*

Día de entrada *4* Mes *Junio* Año *1906*
 Procedencia *100 Aires* Categoría *II*
 Nombre _____ Edad *21* Estado *Colcha*
 Nacionalidad *Chil.* Provincia *B. An.* Años de residencia _____
 Profesión _____ Grado de instrucción *Sup.* Religión *Católica*
 Nombre de la persona que lo secuestra _____
 Grado de vinculación con el enfermo *Tío*

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Hijo _____ de padres *No* consanguíneos
 Edad del padre al concebir al actual enfermo _____
 Edad de la madre _____
Siempre fue No hay antecedentes hereditarios en las generaciones directas ni colaterales.

AMBIENTE DOMÉSTICO

Condición social de la familia *regular posición*
 Estado de relación con el cónyuge _____
 Medios de vida } ¿Que fortuna? _____
 } Dificultades para obtenerlos _____

INFANCIA Y NIÑEZ

¿Hubo traumatismo? *No lo hubo*
 ¿Qué enfermedades? *Las propias de la infancia y niñez*
 ¿A que edad fue púber? *a los 15 años*
 ¿Aprendió a leer y escribir con facilidad? *Si*
 Enfermedades infecciosas ó de otro orden hasta la época actual _____

Fig. 2. Historia clínica (1906-1907)

Resalta en estas historias clínicas la asignación de categorías a los pacientes, de acuerdo al tipo de hospedaje que era contratado por la familia durante la internación: distinguida, primera, segunda, tercera.

A diferencia del modelo de historia clínica analizado anteriormente, en estas historias se agrega un ítem para consignar la religión de los pacientes. Finalizando este apartado sobre datos generales del paciente, se establece el nombre y vínculo de la persona que “secuestra” al paciente.

El siguiente apartado de este modelo de historias clínicas aborda cuestiones relativas a los antecedentes hereditarios. Se consulta sobre la legitimidad de las pacientes y la consanguinidad de los padres. En el siguiente ítem se pregunta sobre la edad del padre y de la madre al momento del nacimiento del paciente. No obstante, sin categoría asignada se presentan a continuación una serie de renglones los cuales se completan con información sobre la herencia patológica de la familia del paciente.

El siguiente apartado se dedica a la recopilación de información sobre el ambiente doméstico del paciente. Se relevan datos sobre la condición social de la familia (“regular”, “distinguida”, etc.). En este mismo apartado se consulta también sobre los medios de vida, si posee fortuna o si tiene dificultades para obtenerlos. También se consulta sobre el estado de la relación con el cónyuge.

El apartado que aborda la infancia y niñez de los pacientes se enfoca en la existencia de algún traumatismo en esta etapa de la vida. También se relevan enfermedades propias de este período (como sarampión o escarlatina). Se registra a su vez el momento de la primera menstruación en el caso de las mujeres. Dentro de este mismo apartado, se consulta sobre el aprendizaje de la lectura y escritura; como así también otras enfermedades que se hayan presentado hasta la actualidad.

En el siguiente apartado se registra el examen directo del enfermo. Se considera en la estructura de la historia clínica un lugar para el registro de la altura, el peso, el índice cefálico y la apertura de brazos. Otro ítem que constituye este apartado es nombrado como “estigmas más notables”. Algunas de las respuestas que se han podido encontrar en este ítem son: “no hay lóbulo en la oreja derecha”; “paladar ojival y pabellón de la oreja mal implantados”; y “pabellón de la oreja mal conformado”.

Hacia el final de la historia clínica aparece el examen psicológico, el cual comienza con la búsqueda de la causa de la enfermedad, estableciendo dos posibilidades: presumida o averiguada (dentro de las causas averiguadas aparecen, por ejemplo: por una fuerte impresión moral y por herencia).

En relación a los diagnósticos aparecen los términos: melancolía, demencia, manía, locura, alienación, etc. En el caso del tratamiento aparece: hidroterapia, bromuro, cloral, clinoterapia, uso de opio, hipnóticos, enemas e inyecciones. En relación a los tiempos de internación se presenta una gran variedad, apareciendo pacientes que permanecen poco tiempo y otros casos de muchos años. En relación al estado mental del enfermo al salir del establecimiento aparece: mejorado, curado, fallecido, en iguales condiciones que ingreso, etc. Finalmente, en este modelo de historia clínica también figura un apartado para dar cuenta del estado físico en el que se retira el paciente.

A modo de síntesis es posible dar cuenta de una continuidad en relación al modelo anterior. Este diseño de historia clínica continúa respetando un ordenamiento compatible con la historia clínica moderna, aunque a diferencia del anterior, en este diseño aparecen especificados formalmente

los apartados. Resalta en este mismo sentido la incorporación de varios ítems de mediciones corporales (estatura, peso, estigmas) y se profundiza en el relevamiento de posibles causales de la enfermedad diferenciando entre presumidas y averiguadas. También se agregaron ítems para registrar el ambiente doméstico del paciente y se diferenció en dos apartados el examen físico y psíquico. No obstante, este diseño (al igual que el anterior) puede delimitarse dentro de una mentalidad anatomopatológica.

Diseño 1907-1911

Este modelo de historia clínica relevado comenzó a utilizarse en 1907 y se extendió, por lo menos, hasta 1911. En este caso, el modelo de historia clínica cuenta con tres apartados: 1) Carátula: que incluye el número de historia clínica, la fecha de ingreso a la institución, el estado civil, la edad, la nacionalidad, la profesión, la residencia, los datos de la persona que interna a la paciente, el tipo de vínculo de esta persona, el apoderado y el domicilio; 2) Antecedentes: que recaba información sobre antecedentes hereditarios e individuales, la época en que se produjo las primeras perturbaciones y cuáles fueron y el estado actual; y 3) Internación: en donde se registran las observaciones, la marcha de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, el día de salida de la paciente de la institución y el estado en el que salió.

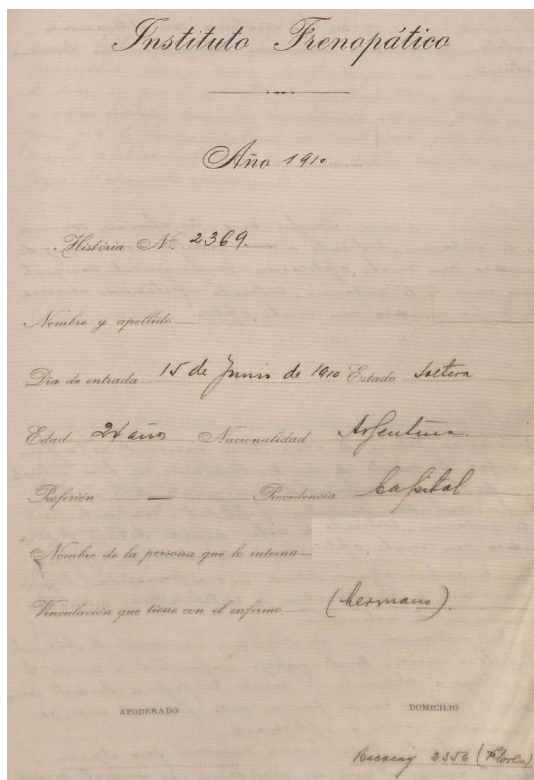


Fig. 3. Historia Clínica (1907-1911)

Entre todas las historias clínicas analizadas, este modelo resalta por su alto grado de incompletud; con falta de datos esenciales sobre las causas de internación, tratamiento y destino de estos pacientes. Dentro de los pocos datos relevados es posible observar un aumento sostenido en los tiempos de internación, extendiéndose en años en los casos de algunos pacientes. En estos casos crónicos, aparece más información y fallecen en la institución.

Diseño 1922

Este modelo de historia clínica resalta por su extensión; ya que cuenta con siete categorías que se abordan de manera exhaustiva: carátula, antecedentes hereditarios, antecedentes personales, enfermedad actual, estado actual, examen psíquico y observaciones.

En el caso de la carátula se asignan los siguientes ítems: edad, estado civil, nacionalidad, religión, profesión, domicilio, procedencia, nombre y apellido del padre, nombre y apellido de la madre, identificación de la persona que lo interna, vinculación con el paciente, domicilio (de la persona que acompaña al enfermo), observaciones, fecha de ingreso, fecha de egreso, estado y causa del egreso, entradas anteriores y fotografía.

En el caso de los antecedentes hereditarios se delimitaron los siguientes ítems: familia en general, ascendientes, padre, madre y descendientes.

INSTITUTO FREONOPÁTICO DE BUENOS AIRES

Historia Clínica N° *3803* Año *1922*

Nombre y apellido _____
 Edad *56 años*
 Estado civil *Casada*
 Nacionalidad *Italiana* Religión _____
 Profesión *reventista*
 Domicilio *Ferri 857*
 Procedencia *Capital*
 Nombre y apellido del padre _____
 Id. de la madre _____
 Id. de la persona que lo interna _____
 Vinculación con el paciente *Esposo*
 Domicilio *el mismo*
 Observaciones _____
 Fecha del ingreso *24 de junio*
 Fecha del egreso *Noviembre 19*
 Estado y causa del egreso *mejorada*
 Entradas anteriores _____

FOTOGRAFIA

Fig. 4. Historia clínica (1922)

Una de las categorías más extensas es la que releva los antecedentes personales e incorpora una amplia cantidad de preguntas: nacimiento, gemelaridad, vitalidad al momento de nacer, si es hijo natural, desarrollo físico, crecimiento, desarrollo del sistema piloso, dentición, edad en que dio sus primeros pasos, edad en que fue limpio, pubertad, accidentes nerviosos o mentales, onanismo y desarrollo psíquico dentro del cual se incluyen una serie de ítems y preguntas: ¿a qué edad reconoció a la madre o ama?, edad que comenzó a hablar y comprender, ¿el lenguaje ha sido fácil?, ¿aprendió fácilmente a leer y escribir?, era atento, ¿pasaba por inteligente?, ¿cómo ha continuado en sus estudios o aprendizajes?, ¿cómo se ha desenvuelto en el ejercicio de su profesión, oficio o negocios?, ¿es afectivo o indiferente?, ¿hay perversiones instintivas?, ¿hay emotividad exagerada?, ¿ha tenido fobias?, carácter, ¿hay desequilibrios en su conducta?, condiciones de existencia, medio en que ha vivido, esterilidad o impotencia, antecedentes patológicos (primera infancia), enfermedades de la nutrición, segunda infancia, juventud y edad adulta, anomalías de la vida sexual y (en la mujer: trastornos).

La siguiente categoría es enfermedad actual y cuenta con cinco ítems: causa supuesta, ¿cómo ha comenzado?, primeros síntomas que llamaron la atención del paciente o de las personas que viven en su compañía, síntomas y marcha de la enfermedad hasta la fecha de ingreso, tratamiento seguido y resultados obtenidos.

La otra categoría que más ítems para completar tiene es la categoría que se dedica al estado actual de la enfermedad, en la misma se asigna la siguiente información: fecha, aspecto exterior, actitud y examen físico que incluye: craneometría, cara, examen de cuello, examen de tórax, examen de abdomen, piel, órganos genito-uritarios, miembros, sistema nervioso (motilidad), contracciones musculosas patológicas, reflejos, marcha, ataxia cerebelosa, sensibilidad, sentidos estereognóstico, sensibilidad superficial y profunda, órgano de los sentidos (gusto, olfato y visual), ojos, nistahmus, exoftalmia, estrechez de la hendidura palpebral, pupila, examen de fondo de ojo, oído-laberinto, sensaciones internas, nutrición, reproducción, energía y fuerza muscular, trastornos tróficos y vaso motrices, funciones genitales, funciones digestivas, aparato urinario (orina), sangre y circulación (pulso), líquido céfalo-raquídeo, respiración, temperatura, sueño, mímica emotiva, conciencia, atención, memoria, amnesia, imaginación, asociación de ideas, orientación, ilusiones y alucinaciones, afectividad, debilitamiento del sentido moral, juicios, ideas delirantes, lenguaje, tono, voz, disartria, afasia, lenguaje (escrito), contenido, reacciones, estereotipia-negativismo, de defensa, agresiones, contra sí mismo, contra objetos, instintos, capacidad para el trabajo-intereses jurídicos, conducta en la familia, en la sociedad, sentimientos religiosos y estéticos; y depresión o excitación.

Al final de la historia clínica queda una última categoría para asignar observaciones.

Dentro de los aspectos estructurales más significativos de este modelo, resalta la falta de foto en todos los casos en la carátula a pesar de estar consignado un espacio. También resaltan las dos categorías que más datos relevan del paciente: los antecedentes personales y el estado actual. En ambos casos, el relevamiento de los datos remite principalmente al cuerpo físico (temperatura, pulso, piel), habilidades cognitivas (lenguaje, memoria, atención) y, en menor medida, a aspectos emocionales (afectividad, sentimientos).

Si bien este diseño de historia clínica presenta una ruptura en relación a los otros tres diseños anteriores, especialmente por su extensión y la gran cantidad de ítems a evaluar por parte del médico; resulta posible ubicarla dentro de una mentalidad anatomopatológica. No obstante, resulta llamativa la falta de diagnóstico en este diseño; como así también los datos sobre el tratamiento, tiempos de internación y egreso

Conclusiones

El tratamiento de la locura a lo largo de la historia ha ido evolucionando, acompañando las transformaciones del concepto social de locura y, en consonancia, con los distintos roles aceptables o normales para hombres y mujeres de acuerdo a la época, la raza o la condición socio-económica. Es por eso que el análisis de los documentos provenientes del seno de estas prácticas nos permite descifrar y decodificar las imágenes, las representaciones, los ritos, los discursos sobre lo normal y lo patológico en la mentalidad médica de cada época. Este análisis también permite dar cuenta de la intensidad y la modalidad de la sanción que cada sociedad ha ejercido en aquellos que no cuadran en la norma. Quedan en estos registros ciertas huellas que marcan un camino a descubrir sobre los diagnósticos y tratamiento ejercidos sobre los cuerpos.

El análisis realizado sobre las historias clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires resulta posible identificar ciertas mentalidades médicas que responden a un ordenamiento característico de la historia clínica moderna, dentro de un modelo mental anatomopatológico

Referencias

- Charcot, J. M. (1890). *Oeuvres complètes de J. M. Charcot*. Bataille.
- Desmars, M. (1767). *Epidemiques d'Hippocrate, traduites du grec avec des réflexions sur les constitutions épidémiques; suivies des quarante-deux histoires rapportées par cet ancien médecin, et de Commentaire de Galien sur ces histoires*. Veuve d'Houry.
- Falcone, R. (2011). *Genealogía de la locura. Discursos y prácticas de la alienación mental en el positivismo argentino (1880-1930)*. Letra Viva.
- Falcone, R. (2018). *El Instituto Frenopático de Buenos Aires y un caso de insania atendido entre 1890 y 1898*. Memoria del X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornada de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores de Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Freijo Becchero, F. (2021). *El lugar de la mujer en el discurso médico-psiquiátrico en el naturalismo-conservador y el humanismo espiritualista de la primera posguerra (1900-1930). Un análisis de las Historias Clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires* (Tesis de Doctorado). Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Freud, S. (1895). *Obras completas. Volumen II - Estudios sobre la histeria (1893-1895)*. Amorrortu. (Traducción José Luis Etcheverry).

- Galeno, C. (2003). *Sobre las facultades naturales: las facultades del alma siguen los temperamentos del cuerpo*. Gredos.
- Huertas, R. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *FRENIA*, 1(2), 7-33.
- Laín Entralgo, P. (1949). La historia clínica hipocrática. *Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina*, 1, 9-48.
- Laín Entralgo, P. (1950). *La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico*. Diana, Artes Gráficas.
- Laín Entralgo, P. (1982). *El diagnóstico médico. Historia y teoría*. Salvat.
- Littré, E. (1840). *Oeuvres completes d'Hippocrate*. (Tomo II). Paris.
- Stagnaro, J. C. (1997). Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la Psiquiatría en Argentina. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina*, (1).
- Temkin, O. (1991). *Hippocrates in a world of pagans and Christians*. Johns Hopkins University Press.
- Virgilio, A. (2018). Instituto Frenopático de Buenos Aires. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Argentina.