

HISTORIAS DE VIDA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS. INSTITUCIONES, PRÁCTICAS Y SUJETO IMPLICADO

STORIES OF LIFE ON CLINICAL RECORDS. INSTITUTIONS, PRACTICES AND SUBJECT INVOLVED

Rossi, Lucía¹; Jardon, Magali²

RESUMEN

Este trabajo se propone analizar las historias de vida implicadas en las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes. Para ello se han seleccionado un número de protocolos acotado. Las metodologías referidas al estudio de historias de vida a la vez que captan una experiencia biográfica, en el tiempo y en el espacio determinado, permiten situar el lugar que ha ocupado las instituciones a nivel subjetivo y reflejan la historia institucional misma. La historia clínica se genera cuando el paciente ingresa y al ser longitudinales testimonian y retratan la evolución de la enfermedad o la conducta por las cuales se debe la internación pero también, capturan el transcurso de las historias de vida. Ese intercambio queda rigurosamente documentado, permite ver el lugar que la institución le asigna al sujeto, las expectativas, los roles, causas de ingreso, condiciones de egreso, los tratamientos, incluye también el testimonio del sujeto permitiendo retratar e inventariar las prácticas.

Palabras clave:

Hospicio de las Mercedes - Historia - Argentina

ABSTRACT

This paper analyzes the life stories of clinical records involved in the Hospicio de Mercedes. So, this paper is focused on selected and limited number of protocols. The methodologies are related to the study of life stories that capture biographical experience, in determined time and space, allow to locate the place which has been occupied by the institutions in a subjectively layer and reflect the institutional history itself.

These clinical records are archived when the patient is discharged and are kept at the institution. Someone is responsible for the diagnosis and indications. This exchange is rigorously documented, allow seeing the place that the institution assigned to the subject, expectations, roles, reasons for admission, discharge conditions, treatments, also includes the testimony of the subject allowing portray and inventory practices.

Key words:

Hospicio de las Mercedes - History - Argentina

¹Doctora en Psicología. Directora del Proyecto UBACyT: "Protocolos en Psicología (fichas, historias clínicas, casos) en Contextos Institucionales y Coordinadas Psicológicas y Sociales de Subjetividad. Argentina 1900-1957". Titular de Historia de la Psicología II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. E-mail: lrossi@psi.uba.ar

²Licenciada en Psicología. Investigadora Tesista. JTP de Historia de la Psicología II, Facultad de Psicología, UBA.

Hacia la historia de vida

En el marco del Proyecto de Investigación UBACYT en curso "Protocolos en Psicología (fichas, historias clínicas, casos) en contextos institucionales y coordinadas psicológicas y sociales de subjetividad. Argentina 1900- 1957", se confeccionó un Catálogo Digital cuyo título es "Colección documental de Historia Clínicas en Argentina: 1900-1950. Psicología y Sujeto: Variaciones documentales en Contexto Institucional según diversos períodos Político-sociales". El Catálogo a su vez cuenta con una base de datos para la cual se ha procedido a fotografiar digitalmente un lote de 185 Historias Clínicas que tienen sede en el Departamento de Estadística del actual Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda. Se procedió a ocultar los datos personales e identificatorios de las internadas a fin de observar lo establecido en la Ley de Protección de los Datos Personales, N° 25326. Se conformó una base de datos que compila todas las Historias clínicas relevadas conforme a las siguientes variables: nacionalidad; edad; fecha de admisión; fecha de externación; profesión; diagnóstico; motivo de externación; religión; médico firmante; pabellón y observaciones. Todos estos procedimientos permitieron la conformación de fuentes primarias susceptibles de ser abordadas como documentos históricos y como fuentes de información. (Catálogo Virtual n° 4, 2011 & Programa de Extensión Universitaria, 2011)

A consecuencia de un abordaje longitudinal de las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes y desde una perspectiva metodológica intradiscursiva, se observan en los documentos relevados variaciones que no son ajenas a los cambios institucionales acontecidos en el Hospicio. (Rossi, Ibarra & Jardon, 2012)

Estos cambios refieren directamente a modificaciones en el paisaje institucional, algunas veces explícitas, como el cambio de autoridades o de criterios nosológicos, que a su vez se relacionan con mutaciones y cambios en el contexto social y político. La institución aparece así como intermediaria y reguladora entre el sujeto y la sociedad y portadora de una idea implícita de subjetividad, diseñando prácticas y asignando funciones a sus actores. La sistematización de documentos en contextos institucionales permite explicitar esta compleja función de las instituciones. Insertas en contextos más amplios (políticos, culturales, legales), su funcionamiento, organización y estatutos perfilan objetivos y prácticas que se plasman en los documentos que producen (fichas, historias clínicas, informes, etc.) y dan expresión a modelos de subjetividad en su dimensión psicológica y social.

Es decir que hasta el momento se ha sistematizado los documentos en grupos seriales y se ha trabajado intradiscursivamente la evolución de la documentación más estable: las Historias clínicas. Se construyeron los contextos institucionales como marco para situarlas en el modo del funcionamiento procedimental cotidiano de las instituciones roles de su prestaciones actores destinatarios consignados en los documentos que testimonian las prácticas. (Rossi & Navarraz, 2009; Rossi, Ibarra & Jardon, 2012)

Nos proponemos en esta parte final de la investigación

trabajar, a partir de una selección acotada, con los documentos llenos de contenido. Esto permite desentrañar el funcionamiento concreto de las dimensiones mencionadas anteriormente como reseña pero abre a una dimensión inédita: el testimonio o *historia de vida* tal como se escudriña desde el enrejado de lo que deja entrever la documentación misma. Historias vivientes, desde sus protagonistas, con los testimonios, a veces directos, otras indirectos ya sea a través de enfermeros, médicos, familiares, jueces que permiten un acercamiento en el caso por caso yendo al rescate de singularidades personales, cómo vivieron la situación, qué fue de ellos, cómo fueron tratados, pero también desde los retratos personales otra perspectiva del funcionamiento institucional desde la mirada de sus habitantes, sus actores. Se puede investigar cómo este dispositivo funcionaba concretamente en lo cotidiano, la genealogía de las prácticas y decurso de sus protagonistas.

Se contemplan un conjunto de metodologías cualitativas que permiten articular el abordaje discursivo de los documentos capturando sus dimensiones psicológicas y sociales. Estas metodologías cualitativas aplicadas a las historias clínicas dejan al descubierto aspectos de las modalidades de la subjetividad y realidad psicológica en costumbres, creencias, pensamiento y códigos de conducta, es decir, poseen una perspectiva privilegiada al abordar la articulación entre lo individual y lo social de las producciones psicológicas colectivas y, a su vez, las prácticas a ellas asociadas. Al decir de Chartier: "no hay práctica ni estructura que no sea producida por las representaciones, contradictorias y enfrentadas, por las cuales los individuos y los grupos den sentido al mundo que les es propio" (Chartier, 1992). Un ejemplo privilegiado de este entramado lo proveen los estudios de los protocolos en su singularidad ya que en ellos se da cuenta de las historias de vida.

Efectivamente se abordarán las historias de vida que se despliegan en el documento mismo de la historia clínica, documento longitudinal, que registra lo procesual, antecedentes diagnóstico, evolución y pronóstico del padecer del sujeto. Las metodologías referidas al estudio de historias de vida captan una experiencia biográfica, en el tiempo y en el espacio determinado. Permiten situar el lugar que ha ocupado las instituciones a nivel subjetivo.

Instituciones, Historias clínicas e historias de vida

Erving Goffman define a una institución total como "un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (Goffman, 1970, p. 9)

El autor sostiene también que todos los aspectos de la vida de los internados se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única, las actividades cotidianas se efectúan junto a otras personas y están rigurosamente programadas (Ob. cit). Las cárceles y las instituciones psiquiátricas responden a esta definición y características brindadas por Goffman. Dichas instituciones totales, son

funcionales al efecto disciplinador por eso se destacan especialmente en el período conservador, en la década del 30 y los golpes de estado y gobiernos militares. El sujeto pasivo no se confía en su capacidad de decidir libertad en sociedad, institucionalizado, internado, tutelado, tiene sus derechos civiles en suspenso, esto es visible en extremo en el régimen penal, en los hospicios y en los institutos de minoridad. La institución lo incluye y contiene; lo separa y retira de la sociedad por peligrosidad. La inclusión en la institución-puertas adentro de la misma- es llamada *contención*. En algunos casos, se acompaña de tratamiento clínico -en los hospitales- y de rehabilitación laboral y educativa en las colonias; educación en las instituciones totales de menores y preparación para el trabajo como en las instituciones penales de área criminológica.

La documentación acompaña este proceso de contención del sujeto en el tiempo: los documentos se generan cuando el paciente ingresa y al ser longitudinales testimonian y retratan la evolución de la enfermedad o la conducta por las cuales se debe la internación pero también, capturan el transcurso de las historias de vida. En las instituciones totales -internación del sujeto- las historias de vida se despliegan en el documento mismo de la historia clínica. Se archivan cuando el paciente es dado de alta y queda en la institución. Las historias clínicas escriben las miradas recibidas los tratamientos y sus vicisitudes, logran retratar e inventariar las prácticas. A su vez se detectan a los actores profesionales, los pacientes y el documento que intermedia y legitima esa relación. Se escribe y se firma con fecha. Alguien se hace responsable del diagnóstico y las indicaciones. Ese intercambio que queda rigurosamente documentado permite ver el lugar que la institución le asigna al sujeto, las expectativas, los roles, causas de ingreso, condiciones de egreso; cómo el sujeto es tratado: contención y tratamiento. Cabe destacar qué tipo de documento prevalece en cada institución, por ejemplo: predominan las *Historias clínicas* en los *Hospicios y Hospitales*; los *Boletines, Cuadernos y Fichas* en los *Institutos penales, cárceles e instituciones* referidas a la infancia institucionalizada.

Historias de vida:

Las historias de vida transcurren en los períodos extensos de internación donde se puede apreciar que transcurre la mayor parte de la vida del sujeto. Las historias clínicas testimonian la historia de vida de pacientes que han permanecido en la institución por más de 30 años, en muchos casos, falleciendo en la misma. Las historias clínicas acompañan la historia institucional.

Al tratarse de internaciones prolongadas, además de la historia de vida del paciente se aprecia el decurso y evolución del diseño de las historias clínicas, en el cambio discursivo, de vocabulario, taxonomías.

Para poder apreciar las historias de vida que se plasman en las historias clínicas es necesario considerar los cambios en los diseños de las historias clínicas a lo largo del tiempo ya que veremos que las indagaciones por parte de los profesionales así como la participación del paciente van variando de acuerdo a las transformaciones discursi-

vas. (Rossi & Navarraz, 2009)

En el período de tiempo que comprenden los años de 1900 a 1916 encontramos un *Boletín anamnésico* con veinticinco preguntas referidas a los datos personales (educación, religión, ocupación, antecedentes familiares, infancia comportamiento), investigación clínica de la enfermedad y su evolución. A este *Boletín* tiene una presencia estable en el tiempo, lenguaje, juicio, afectividad.

De 1916 a 1935 encontramos que al *Boletín Anamnésico* y se le añade luego una *Historia clínica* que comprende: II. Examen somático, III Examen neurológico, IV Examen de la motilidad y un Examen psicológico- que aporta una clásica descripción psicológica: Atención- memoria- imaginación asociación.

Entre los cuadros diagnósticos que prevalecen a partir de 1916 se destaca en primer lugar -en continuidad con el período anterior- el alcoholismo. (Gorriti, 1920).

Como novedad surge la detección de la Parálisis General Progresiva (P.G.P), como estadio terminal de la sífilis; este diagnóstico permite afirmar la existencia de una causalidad orgánica para la alienación.

A fines de la década del 20 los innovadores criterios nosográficos de Borda que desplazan a los diagnósticos especificados con el término "locura" del período anterior. En psiquiatría se afianza el nuevo paradigma de las *enfermedades mentales* desplazando así la noción de alienación y de degeneración.

Por otra parte, en las anotaciones de los médicos por primera vez es tomado en cuenta el testimonio personal del paciente. Se presentan preguntas tales como "¿cómo se siente?" contestadas de puño y letra por los mismos pacientes. Estos escritos firmados contienen no una transcripción indirecta de lo dicho por el paciente, que era muy frecuente a principios de siglo, sino su propio testimonio. Si bien siempre fue un ítem de la Historias clínicas a partir de entonces adquiere espesor significativo y se habilita al sujeto-paciente a participar concretamente de la historia clínica.

También se adjuntan en el *Testimonio Mental* escritos autobiográficos, cartas, peticiones, quejas. Formas de tramitar las peticiones ante las autoridades peticiones. Estas producciones escritas de los pacientes (cartas, diarios, novelas) revelan un alto grado de educación e inteligencia en los tres historiales maníacos de pacientes que eran empleados bancarios o administrativos de comercio.

Al final de la *Historia* se adjunta un "*Diario abierto*" que consigna los principales eventos registrados por los médicos y enfermeros, excepcionalmente por el médico y no conlleva firma. Esto nos lleva al tema de quien escribe o constituye como tal la historia clínica.

Cabe destacar que entre 1935 y 1941, se produce una reducción de la *Anamnesis* a *Antecedentes personales y familiares*. En general, la historia clínica se acorta: El Examen físico, neurológico, psíquico, clínico se compacta significativamente en un ítem global y se expanden ítems como *Evolución* y en especial *Tratamiento* que enfatizan la idea de enfermedad como decurso con una actitud activa durante el tratamiento y un desenlace posible (fecha de externación).

En la historia de vida de *Tomás B.* -detallada más abajo- se aprecia su estadía de más de 30 años en la institución abarcando todos los cambios en la historia clínica ya mencionados.

Entre 1942 y 1950, la sección *Anamnesis* amplía significativamente los antecedentes familiares que exploran la condición sanitaria, causa de muerte y enfermedades sociales (tuberculosis, alcoholismo sífilis) de los abuelos, padres, hermanos, primos. Los antecedentes personales comprenden ahora la Infancia: de 0 a 7 años el comportamiento familiar, condiciones sociales, miedos nocturnos, lenguaje. De 7 años a pubertad: escolaridad, comportamiento, humor cambios, conflictos, afecciones, entorno social, sexualidad, sociabilidad. Adolescencia y adultez: trabajo, comportamiento, humor, sociabilidad, conflicto, cambios y sexualidad. Se detecta como cambio significativo en la *Ficha de Admisión*, la inclusión de la *Hoja de observación de la primera semana del paciente*. Consigna su cotidianidad: cómo se comporta, come, duerme, habla, insulta, llora, grita, ríe, grado de agresividad, comportamiento de higiene, ataques del paciente, expresión de ideas suicidas, medicación, uso de chaleco, etc. (Catálogo N°4, 2011)

Por último de 1950 a 1955 la Historia clínica cambia su nombre por el de Identificación de la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas y Mentales. Es una modificación propuesta por el Ministro de Salud Pública, asumido en 1948, Ramón Carrillo que trae aparejadas contundentes modificaciones al Hospicio de las Mercedes, (para comenzar: su nombre pasara a llamarse: Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres) que serán oportunamente mencionadas en las historias de vida.

Las Historias clínicas extensas conforman verdaderos cuadernillos con una cantidad notable de documentos. Escribe y firma el médico que recibe y realiza un diagnóstico, aparecen las derivaciones, la solicitud de estudios médicos, indicación de tratamientos y externación (alta). Este autor responsable que firma es el que da contenido al cuestionario del Boletín *Anamnésico*, *el Diario* y *la Carátula* de la Historia clínica. De aquí es posible deducir y escudriñar en la yuxtaposición de documentos.

Algo de la historia personal del paciente aparece en los *Antecedentes*: su historia familiar previa, cotidiana. Quién lo deriva. Reinternaciones. Aparece casi excepcionalmente referencias a algún tratamiento: en un caso de manía se describe como intervención "chaleco, hielo en la cabeza y enemas" previa derivación a Sala de Observación.

Aparece descripta su situación: si es pensionista; causa de internación, derivado de otra institución, hospital general, colonia, o bien por la orden de un juez o un familiar que lo acerca al Hospicio de las Mercedes. También aparece la recaratulación de su diagnóstico debida al pasaje de las taxonomías congénitas a síndromes funcionales es la clave que explica los traslados de una institución a otra, por ejemplo a la Colonia Open Door. Se detallan los movimientos dentro de la institución: por ejemplo a la Sección de Clínica. Se visibiliza la regulación de las salidas; las altas, las altas fallidas, los acontecimientos.

A continuación se detalla las internaciones prolongadas con diagnósticos de demencias:

La historia de Tomás B. Internado en 1901

Tomás B. (1870-1945) es argentino, soltero, Secretario de banco, ilustrado. "Bondadoso reservado de aspiraciones nobles, le gusta divertirse en el club" Biciclista, gimnasta. Fue internado por primera vez por su familia en el Hospicio de las Mercedes en 1901 permaneciendo en la institución ocho meses. Al indagar por el motivo de la llegada a la institución en la historia clínica figura que tenía *ideas suicidas, se quiso tirar bajo el tren por exceso de trabajo.*

Tomás B. presenta *cambios de carácter: alegre y comunicativo cuando estaba bien y hosco, silencioso, perseguido cuando está mal (Dr. Gómez).* Hubo episodios antecedentes en que trató de casarse con un desenlace traumático y un primer diagnóstico de Neurastenia e internación en el Instituto Frenopático. *Tuvo Dolores de cabeza, problemas de vista, se van deteriorando sus relaciones laborales.* Tiene un muy buen nivel social y económico. *El diagnóstico provisorio y definitivo es de demencia precoz.* El doble diagnóstico se hizo presente a finales de la década del '20

En 1909 tuvo la segunda internación. En el *Boletín Anamnésico* firmado por el Dr. Fernández consta: *Deprimido, mustio, confuso, decadencia mental; por excitación depresión alternadas con ideas persecutorias y actos impulsivos. Agresivo impulsivo. No hay antecedentes alcohólicos. Bradipsiquia. Todas las funciones psicológicas afectividad y voluntad están disminuidas.* En el *Diario* del año 1935 los profesionales escriben que se encuentra *desorientado demente* y que presenta *soliloquios*. Permanece en la institución toda la década del 40 en *estado demencial* y fallece en la institución.

Como se puede observar este paciente transcurre más de treinta años en la institución falleciendo en ella. Pese a tener un buen posicionamiento social-económico y contar con familiares *Tomás B.* es considerado peligroso porque tuvo un intento de suicidio y esto es considerado un criterio de internación como lo es también la agresividad e impulsividad que es motivo de su reinternación.

La historia de Diego B. Internado en 1902

Diego B. ingresa en 1902 y fallece en 1935 transcurriendo más de 30 años en la institución. Lo remite la Asistencia pública. El diagnóstico que figura en carátula de la historia clínica es *demencia precoz*. Según el ítem de estado civil es *soltero*. Es *empleado*. Su padre es *alcohólico*. Recordemos que a principio de siglo XX el alcoholismo es uno de los principales diagnósticos en materia de alienación en este periodo y había una especial atención en interrogar sobre los familiares alcohólicos ya que estaba presente la teoría degenerativa.

Según la historia clínica *Diego B* era *irritable de chico. Muy cumplidor de sus obligaciones.* Comienza con un cambio de carácter. *Algo retraído y triste.* Manifiesta *ideas de persecuciones, alucinaciones del oído, ideas de grandeza alternadas con ideas de ruina. Ideas suicidas y manifestaciones violentas.* Este detalle nos lo brinda la *investigación anamnésica y evolución de la enfermedad actual.*

En el *Examen de la sensibilidad: negativismo y mutismo*. *Boletín Psicológico*: no realiza las pruebas, pero entiende bien y obedece órdenes. No masculla ni habla solo. Anda solo caminando. Tira papeles al cajón de basura. En el *Diario Abierto* -escrito por enfermeros o médico- figura que en agosto 1932 el paciente se encuentra en estado de mutismo e indiferencia. En 1934 aparece adaptado al ambiente "abúlico indiferente, susceptible". Declina su salud con afecciones cardíacas desde 1935. Pasa a estar excitado, desaseado, rompe la ropa. Su estado se agrava, permanece en reposo y fallece ese año.

La historia de Vicente I

Vicente I es argentino, casado. Presenta tres internaciones. La primera data de enero en el año 1902 a sus 19 años. Es diagnosticado de *excitación maniaca - un degenerado hereditario por irregularidades de conducta actos e ideas incoherentes. Irritabilidad, tendencias agresivas*. Es recibido por el Dr. Borda.

La segunda internación es de junio de 1915 es traído por la Alcaldía N° 3 de la Policía detenido por lesiones a su esposa quedando el caso a disposición del Juez Antonio Moreno.

En el *Examen de la sensibilidad los datos arrojados son normales*.

Boletín psicológico: Buena orientación. Ideas persecutorias e hipocondríacas. Afectividad: irritable, abulia.

En el *Diario Abierto* figura que en febrero de 1925 Vicente I. pasa a ser *Pensionista en el Servicio del Dr. Scarano*. Los pensionistas, al pagar, mejoraban sus condiciones materiales dentro de la institución. Se ve una mejora en pocos meses ya que en el mismo Diario figura la derivación del paciente en junio de 1925 a la Colonia Open Door. Las derivaciones del Hospicio de las Mercedes a al Open Door estaban destinadas a los pacientes tranquilos y aptos para el trabajo. En el *Diario Abierto* figura "*Tranquilo, lúcido, orientado*". *Pide pasear por el parque pide el alta. Amenaza con suicidarse*. Las amenazas de suicidio de los pacientes eran una contraindicación para la permanencia en la Colonia ya que allí los pacientes trabajan y son autosustentables, no hay altos muros que dividen el interior del exterior manejándose con un grado de libertad admirable. Siguiendo la historia de *Vicente I* vemos que en junio de 1941 reingresa al Hospicio de las Mercedes. Un documento de la Sección de Clinoterapia del Dr. Arturo Ameghino da cuenta de que *Vicente I* recibió el tratamiento de la época: la clinoterapia; esta consistía en reposar por largos periodos en la cama con el fin de tranquilizar a los internos mediante el descanso. Si bien tiene *Ideas delirantes, incoherentes*. Años más tarde mejora. En 1943 la asistente social visita a la mujer para un posible alta. Ella firmaría el alta pero no para vivir con él ya que fue oportunamente agredida y están separados desde el nacimiento segundo hijo. La familia de él no la ayudó en la crianza de los hijos, el menor falleció. Las hermanas parecen comprometerse y él asegura no molestar a su mujer y trabajar para ayudarlas. Sin embargo el juez impide el alta ya que "*constituiría un peligro para su persona*".

En la Portada de la Historia Clínica el Diagnóstico apare-

ce tachado "*Delirio sistematizado constitucional de los degenerados*" y reescrito: *Demencia. Disfrenia primitiva estructural psicosis paranoica celos*.

*Interviene un Juez de Instrucción Dr. P. Sargana.1953: Continúa por momentos inquieto, logorreico con delirio interpretativo, por momentos afable y tranquilo. En 1955 guarda cama. Por momentos imperativo, altanero. Él realiza su propio diagnóstico: "tiene renunciamento a la vida". En este caso no es el médico sino un juez de instrucción quien impide su externación. Se suceden operaciones: De cadera, de hernia. Guarda cama con complicaciones pulmonares y cardíacas. Adelgaza. El paciente fallece 1961. La autopsia en su informe hace constar como causa de muerte: caquexia demencial. En los cambios escritos en la carátula de la historia clínica hay tachaduras y cambios en los diagnósticos. El diagnóstico de *Delirio sistematizado constitucional de los degenerados* es tachado y reescrito por el diagnóstico propuesto por Ramón Carillo: *Disfrenia primitiva estructural psicosis paranoica celos*.*

La historia de Fernando D. Internado en 1908

Argentino, soltero, empleado y comerciante. Diagnóstico: Constitución distímica y psicosis maniaco depresiva. Lo ingresa el Dr. D. Cabred en 1908, luego de permanecer internado tres meses en el Hospicio de las Mercedes es derivado a la Colonia Open Door. Se registran tres episodios maníacos. Lo traen sus sobrinos. En 1928 lo atiende el Dr. G. Bosch; a los tres meses lo externa y va a Córdoba y al tiempo regresa al trabajo. Reingresa en 1932 con un 6to episodio, se interna solo. *Excitación incoherencia, insomnio: "teme ser influenciado por persona o acontecimientos.. Teme ser convertido en mujer"*. *Diario Abierto: Orientación conservada juicio y memoria. Irritable si se lo contradice*. Se interna solo para escribir un libro sobre finanzas ya que sostiene que el dinero es la causa de todos los males. Libro que va a causar sensación en el mundo. En 1932 trata mal a una pariente que lo visita. Recibe el siguiente tratamiento: *Chaleco, hielo en la cabeza, enema. Se tranquiliza. Al tiempo arroja la pava y el mate contra un paciente*. Escribe una carta en 1934 dirigida al Dr. Gonzalo Bosch quejándose del trato que "*hiere su dignidad personal*" y solicitando el alta. *Exige la salida requiere el alta permanentemente. A veces esta irritado y se molesta con sus compañeros. No entiende porque está internado "lo van a volver loco"*. En 1935 vuelve a la casa de sus parientes y en el mismo día es internado nuevamente. Durante los 40', *tranquilo buena conducta. Sale a pasear con un enfermero y el cabo. Adaptado a la institución. Sale a pasear solo por las tardes. Trabaja como ayudante de escritorio 1950. Decaimiento y deterioro frecuentes bronquitis y muere en 1954*. De su puño y letra se encuentra escrito el prefacio al libro "*Lihuel Calel*". Se encuentran cartas en las que refiere detalladamente su situación de salud cotidiana al médico.

Sobre el reverso de la Historia clínica de *Fernando D.* aparece la Clasificación Sanitaria de R. Carrillo: 1.grupo :*disfrenia*; 2. Subgrupo: 0; 3. Tipo: *primitiva 1*;4.Subtipo: *estructural 2*; 5. Entidad: *maniacodepresiva 1*; 6. Forma: *fase eufórica maniaca 3*; 7. Variante. *Sintímica1*; 8.subva-

riante:0; 9.Especie: 0. Este cambio corresponde a la gestión del ministro de salud pública R. Carrillo. Como se había mencionado anteriormente, al crearse el Ministerio de Salud Pública, Carrillo produce un cambio inédito: cambia el nombre de historia clínica por *Identificación de la Dirección de Lucha contra las enfermedades neurológicas y mentales*, en 1948. Este cambio parece mostrar con claridad la intencionalidad de Carrillo de hacer prevalecer enfáticamente una clasificación sanitaria funcional a una eficaz derivación institucional y propuesta de psicoterapia. Divide su clasificación en cinco grupos, el primero las *Afrenias*, son demencias irreversibles cuyo destino institucional es la Colonia; se diferencian tajantemente del segundo grupo de *Disfrenias* corresponde al diagnóstico otorgado a *Fernando D.* se trata de concepto que Carrillo toma de Krapf aunque confiéndole una ya que constituyen una psicosis reversible cuya derivación institucional es el Hospital. El tercer grupo llamado *Kindinofrenia* (neologismo creado por Carrillo) que designa sujetos peligrosos (perversión de los instintos) - internables en manicomios penales con terapia enmendativa. El cuarto grupo de *Oligofrenias* corresponde al retardo por insuficiencia; se internan en Hogares y su tratamiento es pedagógico. El quinto grupo: *Peirofrenias*, incluye neuróticos y personalidades borderline que resultan derivables a Sanatorios y tratables con psicoterapia. (Catálogo N° 4). Esta clasificación que aparece a partir de 1950 con un sello que rotula las Historias clínicas, tiene por objeto fundamentar las decisiones sanitarias y jurídicas.

En el *Boletín anamnésico* de las cuatro historias siguientes referidas a alcoholismo se consignan internaciones breves o reincidentes. Las reincidente muestra la evolución de las taxonomías en el decurso temporal. Va de taxonomías degenerativas a síndromes reaccionales o dolencia de origen alcohólico. Todos llegan al Servicio derivados por alguna institución: policía o bien otros hospitales. Se trata de gente joven con oficio, predominan extranjeros solteros. Abundan situaciones episódicas. No son claras las referencias del alta, en un caso aparece desdibujada en lápiz. Salvo el reincidente; se escribe una sola vez en la historia: cuanto más breve la estancia en la institución, no hay decurso. Presumiblemente se trata de altas rápidas.

Osvlado D. ingresa julio 1926

Es Italiano, 32 años, soltero, carpintero. Diagnóstico: degeneración y alcohol. Dr. Morixe-reingresa 1927. Diagnóstico: reacciones demenciales. Dr. Ameghino- Reingresa 1929: sin diagnóstico dolencia de origen alcohólico. Dr. Rossi.

Bautista, D. Ingres a en 1929.

Italiano 27 años, peón. Detenido en la vía pública por la Policía por expresarse en forma incoherente. Canta, grita, insulta y golpea. Orientado. "Ideas rápidas por automatismo", incoherente. Conservada atención y memoria. Irritabilidad, euforia, excitación psicomotriz. Alcoholismo subagudo forma maniaca.

Emilio D. Ingres a 1929.

Argentino, 28 soltero. Agricultor. Excitación insomnio

alucinaciones sensoriales e ideas de persecución. Alcoholismo subagudo con ideas persecución. Deprimido y confuso."Bebe un litro diario", Dr. Fernández José D. Ingres a 1929,

Español, 45 años, casado, jornalero. Derivado por convulsiones con pérdida de conocimiento desde el Hospital Rawson con diagnóstico: confusión mental. "Tiene hábitos alcohólicos". A la semana siguiente, se lo observa tranquilo lúcido y orientado pero no recuerda el episodio. En letra manuscrita en lápiz figura "alta". Dr. Rossi
Las tres historias siguientes corresponden a los diagnósticos de *demencia y debilidad mental*

Juan del P. Ingres a junio 1928.

Tiene 38 años, soltero. Vive en Capital Federal. Derivado del Hospital Fernández. Diagnóstico: idiotez. Tranquilo. "No trabajó nunca ni fue útil en su casa" Retirado por la familia en septiembre. Dr. Morixe

Justo del V. Ingres a Febrero de 1929.

Argentino, 21 años, soltero. Procedente de Bragado. Diagnóstico: retardado. Sin resultados en la escuela. Comienza con miedos no duerme, pesadillas e ideas de persecución. Firma: Dr Cisternas

Alberto del M. Ingres a en septiembre de 1929.

Italiano, soltero, jardinero. Pérdida de la memoria indiferencia atontamiento. Ingres a con avanzada demencia, tembloroso, pueril, poco comunicativo, dificultades para hablar, marcha insegura. Diagnóstico: sífilis contraída hace 12 años, PGP "marasmo paralítico". Firma Dr. Rossi
A excepción de las escuetas descripciones clínicas, en el caso de crónicos terminales o las oligofrenias no solo no es claro el decurso sino que hay además ausencia de toda inscripción que permita entrever el destino personal. Faltan datos vitales básicos. Por lo general son solteros, hay familia de origen. Solo en un caso el paciente "es retirado por la familia".

Las dos historias siguientes presentan el diagnóstico de *Manías*

Héctor de las C. Ingres a septiembre de 1930.

Argentino, 37 años, casado, Capital Federal, empleado. Diagnóstico: manía crónica. Sujeto de "temperamento nervioso". Pasión por el juego. Hace 4 años tuvo las primeras manifestaciones- episodio violento en el trabajo. Agitado, habla mucho. Luego se repite episodio agresivo con la mujer, cuando vivían en La Plata. Viene derivado del Melchor Romero. Lúcido, dócil. Excitado. Ideas delirantes, euforia, megalomanía. Infección en los pulmones; fiebre altísima; fallece en noviembre. Dr. Guixa

Es posible entrever una historia de vida. Hay cartas quejándose de injusticias dirigidas a la dirección. Se trata de un paciente educado, casado, ha trabajado. Pierde el trabajo y llega por episodios violento. Muere enseguida de una infección pulmonar.

Lorenzo R. Ingres a en 1930. Argentino, 23 años, soltero, alfabeto, herrero. Diagnóstico: manía. Abandona el trabajo hace 2 años. Ideas polimórficas, hipocondríacas, deprimidas y de grandeza. Dr. Cisternas. Se lo trata de externar pero la familia le teme.

Conclusiones:

La historia clínica se genera cuando el paciente *ingresa* y al ser longitudinales testimonian y retratan la evolución de la enfermedad o la conducta por las cuales se debe la internación pero también, capturan el transcurso de las historias de vida. La historia de vida es la historia institucional, transcurre en una institución total con las características que ello conlleva. Las historias de vida se despliegan en el documento mismo de la historia clínica, es un documento longitudinal, que registra lo procesual incluyendo antecedentes, diagnóstico, evolución y pronóstico del padecer del sujeto, así como focaliza en la anamnesis datos de su historia personal.

Las tres primeras son historias de vida que se han abordado transcurren en la institución, una de ellas principio de siglo y finaliza con el sello de carrillo permitiendo visibilizar longitudinalmente las variaciones. Otras demuestran novelas, documentos, cartas de protesta.

En las historias de vida largas lo que se ve son varias reinternaciones, el paciente ingresa y egresa, se ven derivaciones al Open Door y en el mismo hospital a diversas secciones.

Se ha podido observar que si hay presencia de indicadores suicidas o bien de peligrosidad el paciente no es dado de alta. Si el paciente es tranquilo y tiene la capacidad de trabajar es derivado a Open Door, si permanecen las manifestaciones suicidas o bien agresivas es reingresado al Hospicio de las Mercedes.

Por otra parte en los casos de pacientes crónicos o las oligofrenias no es claro el decurso, hay además ausencia de toda inscripción que permita entrever el destino del sujeto, faltan datos personales básicos no pudiendo conformar una franca historia de vida. A medida que la estancia de internación se abrevia; el texto se acorta, tal el caso de las historias breves de pacientes internados por Alcoholismo, que cuentan como documentación exclusiva del *Boletín Anamnésico*. En estancias breves hay documentación escueta y reducida ya sea por alta o por derivación. Estas historias clínicas reducidas, solo contemplan episodios aislados y fragmentarios prevalece un recorte transversal, un flash o momento prevalentemente situacional al alcanzando a veces a incluir algunos episodios. Otro motivo de pobreza en la historia clínica lo constituyen los pacientes deteriorados. La pobreza de documentación y detalles coincide con una producción subjetiva pobre ya sea por demencia o por retraso mental. Si bien se trata de instancias de internación prolongadas, estos pacientes "crónicos" no deja material escrito detallado, no "produce eventos". Incluso los comentarios según pasan los años se repiten sin novedades, como si no pudieran tejer historia.

La familia aparece desdibujada. Solo en un caso se lee "retirado por su familia" se trata de un caso de debilidad mental.

Los alcohólicos obtienen altas rápidas y su situación no alcanza a perder su estatus civil. No es el caso de los débiles o deteriorados por demencia- que regresan a la minoría de edad- o maníacos con situaciones judicializadas y que alguien "tiene que hacerse responsable" para el alta. Y la familia está desdibujada por que las visitas

escasean y a veces causan reacciones adversas en los pacientes que la acusan de su internación. O de no hacerse cargo de las familias.

Finalmente el tema de la peligrosidad aparece en relación a los maníacos que "causan miedo a sus familias" desfavoreciendo la externación. Su actitud querulante alcanza todos los matices. Va desde la amenaza e intento de suicidio, ruptura de objetos, cartas de protesta, maltrato a las visitas. La peligrosidad "para sí mismos y para los demás" se relaciona con la violencia eventual.

A diferencia de los otros cuadros los maníacos tienen oficio y muy buena educación y nivel social.

Aparece en todas las historias clínicas que la función de la institución prevalente es de contención. No aparecen tratamientos específicos. Los actores son: médicos enfermeros, otros internos. Afuera la familia y el Juez.

Para finalizar, afirmamos que las historias de vida se despliegan en el documento mismo de la historia clínica, documento longitudinal, que registra lo procesual incluyendo antecedentes diagnóstico, evolución y pronóstico del padecer del sujeto. Las metodologías referidas al estudio de historias de vida captan una experiencia biográfica, en el tiempo y en el espacio determinado. Permiten situar el lugar que ha ocupado las instituciones a nivel subjetivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Catálogo Virtual N°4. (2011). Colección documental de historias clínicas en argentina: 1900- 1950. Psicología y sujeto: variaciones documentales en contexto institucional según diversos períodos político-sociales. Extraído de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/investig/catalogo4/htdocs/index.php
- Chartier, (1992). *El Mundo como Representación. Historia Cultural: entre práctica y representación*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Goffman, E. (1992). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu.
- Programa de Extensión Universitaria. Construcción y socialización del Archivo digital del Hospital de Salud Mental J.T. Borda. Directora: Prof. Dra. Lucía Rossi
- Rossi, L. & Navarraz, V. (2009). Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 3, 441-443.
- Rossi, L., Ibarra, M.F. & Jardon, M. (2012). Las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes en contexto institucional. Argentina: 1900-1957. *Anuario de Investigaciones*, 19(2), 213-218.

Fecha de presentación: 23 de abril de 2014
Fecha de aceptación: 23 de octubre de 2014