

ARTÍCULO RECIBIDO: 12
DE ABRIL DE 2011; APRO-
BADO: 21 DE OCTUBRE DE
2011; MODIFICADO: 16
DE DICIEMBRE DE 2011.

Cuerpo y demencia. La fisonomía de la incapacidad en Santiago de Chile (1855-1900)

RESUMEN

Partiendo de la base que la medicina chilena reconoció en la apariencia humana un indicador de lo que ocurría en el interior del cuerpo, este artículo problematiza los signos corporales individuales como herramienta de diagnóstico. Aborda lo corporal en el plano de la justicia civil y los usos del cuerpo en la identificación médico-legal de la locura. Se basa en los reportes periciales realizados en procesos de interdicción por demencia durante la segunda mitad del siglo XIX en Santiago de Chile, con el objeto de trazar el sustrato corporal que nutrió la interpretación de la enfermedad mental y la capacidad individual.

PALABRAS CLAVE

Chile, enfermedades mentales, medicina legal, cuerpo, interdicción.

Body and dementia. The physiognomy of incapacity in Santiago de Chile (1855-1900)

ABSTRACT

Taking the fact that Chilean medicine saw human appearance as an indicator of what happened inside the body, this article problematizes individual corporal signs as a diagnostics tool. It approaches corporal aspects in the field of civil justice, and the uses of the body in legally and medically identifying insanity. It is based on the expert reports completed in processes of interdiction by reason of dementia during the second half of the 19th century in Santiago de Chile, with the purpose of describing the corporal base that contributed to the interpretation of mental illness and individual capacity.

KEY WORDS

Chile, mental illness, legal medicine, body, interdiction.



María José
Correa
Gómez

Académica de la Licenciatura en Historia en la Universidad Andrés Bello (Santiago, Chile). Licenciada en Historia de la Universidad Católica de Chile (Santiago, Chile), Máster en Género y Cultura de la Universidad de Chile (Santiago, Chile), Master in Arts, Medicine, Science and Society del Birkbeck College (Londres, Inglaterra) y Doctora en Historia de la University College London (Londres, Inglaterra). Entre sus publicaciones se encuentran: “Respuestas a los cuestionarios enviados por Royal College of Physicians of London a los puertos de Valparaíso y Coquimbo, 1830”, *Anales de Historia de la Medicina* 20 (2010): 65-69 y “Violencias ejercidas en los cuerpos enajenados: encierro terapéutico y privación de derechos civiles. Chile central (1850-1870)”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* (2009) <http://nuevomundo.revues.org/57798>. maria.correa@unab.cl

Cuerpo y demencia. La fisonomía de la incapacidad en Santiago de Chile (1855-1900)[•]

“La frente es una de las facciones de mas importancia cuando se quiere ver en la fisonomía la dirección del carácter [...] las pasiones deprimentes o expansivas dejan en ella las huellas de su actividad y de su constante manifestación. En las frentes estrechas y algo hundidas en su parte media se lee fácilmente la concentración del carácter, y si la depresión existe en su parte superior y la frente parece huir hacia atrás, la astucia se revela con todos sus caracteres [...] En las mejillas imprimen las pasiones sus surcos característicos con no menos vigor que en la frente. Los padecimientos morales las escavan y la vida brutal y grosera les imprime surcos hondos y toscos como las pasiones que les han dado origen”¹.

Durante la segunda mitad del siglo XIX los médicos, en particular alienistas o especialistas en enfermedades mentales y nerviosas, tendieron a reconocer las dificultades asociadas al estudio y diagnóstico de una gran variedad de afecciones mentales. Aceptaban el aporte de nuevos marcos interpretativos como la anatomopatología, pero al mismo tiempo recordaban a sus colegas que la mirada localista y las descripciones hechas en salas de disección no siempre ayudaban a descubrir el carácter real de las enfermedades, más aún cuando esta identificación debía realizarse en el ámbito judicial. Se mostraban de acuerdo con la relación existente entre la disposición del espíritu y la organización humana, pero advertían que dicho vínculo se expresaba no sólo en la lesión mórbida, sino también en otras particularidades del cuerpo.

En las tempranas décadas del siglo diecinueve la fisonomía se perfilaba como una reconocida herramienta de diagnóstico. El médico José de Passamán dejaba ver que una “cara siniestra”, el “aire sombrío” o “los ojos amenazadores” no eran indiferentes para quienes juzgaban e interpretaban el comportamiento de otro en los juzgados². En 1834 se sugería que el estudio de la craneoscopia, inspirada por las ideas fisonómicas de Johann Kaspar Lavater (1741-1801) y los planteamientos frenológicos de Franz Joseph Gall (1758-1828), podía ser de gran utilidad en la justicia

• Este trabajo se enmarca en la investigación doctoral que adelanta la autora sobre medicalización de la locura en Chile a través de la incapacitación de los enfermos mentales (1830-1925), financiada por Wellcome Trust Doctoral Studentship y Overseas Research Student Award (UCL).

1. Adolfo Valderrama, “Opresión y espansibilidad. Estudio sobre el carácter”, *La Semana* 1: 49 (1860): 400.
2. José de Passamán, “Medicina Política. De la Libertad Moral”, *El Mercurio Chileno* 1 (1828): 27.

criminal chilena³. Posteriormente, las contorsiones, el aspecto horripilante, los cabellos erizados y la gesticulación excesiva del rostro, entre otros aspectos exhibidos por Carmen Marín hacia 1857 durante sus “ataques de histérico”, llamaron la atención de importantes profesores de la Universidad de Chile. Su caso mostró no sólo la vigencia de las ideas frenológicas, sino también la importancia del cuerpo y sus desbordes en la evaluación de su enfermedad, en tanto fuente de un intenso debate sobre el origen demoníaco, uterino o mental de su mal⁴.

El cuerpo y la fisonomía constituyeron herramientas centrales en la identificación y diagnóstico médico. La evidencia facial y sus metonimias corporales representaron potentes imágenes de aquello que sigilosamente se forjaba en el interior del individuo, que atentaba contra las facultades intelectuales y que se escondía de la mirada médica. La certeza de lo visual beneficiaba al especialista quien, intentando construir un diagnóstico, se esforzaba en comunicar aquellos signos que explicaban y respaldaban su interpretación. En este esquema, el cuerpo ofrecía claves perceptibles para un público lego e ilustraba los principios científicos de la medicina moderna que se institucionalizaba en el país.

Hacia 1860 el médico Adolfo Valderrama (1834-1902) confiaba en la posibilidad de descubrir “en la voz, en los ojos, en la apostura, en las mismas palabras” de un enfermo el verdadero aspecto de su afección⁵. Reconocía que el fastidio, por ejemplo, estampaba “en el rostro las huellas de una vida tumultuosa o los rasgos característicos de un profundo desprecio” a su existencia⁶. El joven alienista explicaba cómo “las profundas vibraciones del espíritu” se revelaban a través de los contornos del semblante, insistiendo en que la fisonomía constituía un texto que comunicaba y que se dejaba interpretar a través de las alteraciones que la enfermedad originaba en el llamado “tipo común”. Ésta, como “espejo del alma”, representaba un instrumento no sólo para el médico que miraba “un poco más allá de la musculatura y el pulso” y buscaba “en los perfiles del semblante los sentimientos del corazón y las particulares tendencias de la inteligencia”, sino también para “el padre que tiene hijos que educar” y “el catedrático que tiene que dirigir inteligencias y caracteres”⁷.

Veinte años más tarde, cuando el alienismo se abocaba al estudio de las enfermedades mentales y nerviosas, el especialista Augusto Orrego Luco (1849-1933) explicaba que en el último tiempo se había expresado un resurgimiento de las ideas de la escuela de Gall sobre la posibilidad de caracterizar el cráneo y el cerebro de los criminales, dado el empeño de los patólogos en estudiar la disposición cerebral⁸. La renovación del

3. “Frenología”, *El Mercurio de Valparaíso*, Valparaíso, 2 de Marzo, 1834.

4. Sobre el caso de Carmen Marín en el debate médico contemporáneo ver María José Correa Gómez, “Exceso Nervioso, Locura y Ciencia Médica en Chile urbano (1840-1860)”, *Anales Chilenos de Historia de la Medicina* 18: 2 (2008): 151-167. El fundador de la Academia de Pintura de Santiago, Alejandro Cicarelli, tomó parte en estas evaluaciones y capturó los espasmos sufridos por la enferma en una serie de bosquejos que dan cuenta de la necesidad de dejar registro de su cuerpo.

5. Adolfo Valderrama, “Naturaleza de las enfermedades”, *Anales de la Universidad de Chile* 21 (1862): 456.

6. Adolfo Valderrama, “El Fastidio. Ensayo sobre una patología del alma”, *Revista del Pacífico* III (1860): 299.

7. Adolfo Valderrama, “Opresión y expansibilidad”, 399 y 402.

8. Augusto Orrego Luco, “Nota sobre el cerebro de los criminales”, *Revista Médica de Chile* 8 (1880): 263-264.

cuerpo como signo vino acompañada de la influencia de la escuela italiana de criminología de Cesare Lombroso (1835-1909) y de la circulación de un lenguaje médico-psiquiátrico sostenido sobre los principios de la degeneración social resultada del lado oscuro del progreso⁹. Esta corriente profundizó el estudio de las características fisonómicas de ciertos “tipos” y los vinculó a diversos grupos de la sociedad. *Crónica Médica* de Concepción, imbuida en los principios lombrosianos, explicaba en 1893 que los revolucionarios solían tener “una fisonomía lealmente armoniosa”, frente espaciosa y ancha, barba abundante, ojos grandes y de mirar dulce, mientras que el rostro de los anarquistas se caracterizaba por su brutalidad, marcada asimetría en la cara, nariz desviada a la derecha y mandíbula inferior sobresaliente, rasgos que a su vez eran típicos de un delincuente nato¹⁰. Ese mismo año el médico de ciudad de Tocopilla Luis Vergara, activo colaborador en varias publicaciones científicas, publicaba en la *Revista Médica de Chile* un informe médico-legal del reo Isidro Vicencio. Basado también en las ideas del “famoso criminalista Lombroso”, explicaba cómo pese a que a primera vista el aspecto exterior del delincuente llevaba a pensar que se trataba “de uno de esos seres de buena conducta”, algunos caracteres que no pasaban desapercibidos daban cuenta de su tipo criminal. Su frente ligeramente deprimida y estrecha lateralmente, el pelo negro rebelde, la barba escasa y la mandíbula superior abultada, se sumaban a los trastornos que mostraba en sus ojos, los que acusaban la perturbación que debía reinar en los centros nerviosos de la inteligencia¹¹.

Partiendo de la base que la medicina chilena reconoció en la apariencia humana un indicador de lo que ocurría al interior del cuerpo, este artículo problematiza los signos corporales individuales como herramienta de diagnóstico y su ordenamiento bajo ciertos grupos patológicos¹². Aborda lo corporal en el plano de la justicia civil y los usos del cuerpo en la identificación médico-legal de la locura. Se basa en los reportes periciales realizados en procesos de interdicción¹³ por

9. Sobre degeneración: Daniel Pick, *Faces of Degeneration: A European Disorder, c.1848-1918* (Cambridge: Cambridge University Press, 1993). Sobre estas ideas en América Latina, Dain Borges, “Puffy, Ugly, Slothful and Inert: Degeneration in Brazilian Social Thought, 1880-1940”, *Journal Latin American Studies* 25 (1995): 235-256; Eduardo Zimmermann, “Racial Ideas and Social Reform: Argentina, 1890-1916”, *Hispanic American Historical Review* 72: 1 (1992): 24-46; Carlos Aguirre, “Delito, raza y cultura: El desarrollo de la criminología en el Perú (1890-1930)”, *Diálogos en His-*

toría 2 (2000): 179-206. Acerca de la incidencia de las ideas lombrosianas en el ámbito criminal chileno, Marcos Fernández, *Prisión Común, Imaginario Social e Identidad, 1870-1920* (Santiago: Editorial Andrés Bello/Dibam, 2003).

10. “Aplicaciones del estudio del tipo criminal. A la teoría de las revoluciones y de la pericia médica”, *Crónica Médica* 1 (1893): 251-254.

11. Luis Vergara Flores, “Informe médico-legal sobre las facultades intelectuales del reo Isidro Vicencio, de Tocopilla”, *Revista Médica de Chile* 21 (1893): 213-221.

12. Temas abordados en el marco europeo por autores como Sharrona Pearl, *About Faces, Physiognomy in Nineteenth-Century Britain* (Cambridge y Londres: Harvard University Press, 2010); Lucy Hartley, *Physiognomy and the meaning of expression in nineteenth-century culture* (Cambridge: Cambridge University Press, 2001) y Sander Gilman, *Health and Illness: Images of Difference* (London: Reaktion Books, 1995).

13. La puesta en marcha del Código Civil en 1857 configuró la interdicción y reemplazó los procedimientos legales coloniales (normados por las Siete Partidas) sobre curatela de dementes. La interdicción correspondió a un procedimiento judicial y a un estado. Como procedimiento civil determinaba la capacidad de individuos imputados por disipación, demencia o sordomudez. Como estado, declarado una vez probada la incapacidad, reducía al interdicto a una suerte de muerte cívica pues, en el caso de los dementes, limitaba los derechos de administración de la propiedad individual y la libertad para disponer de su persona por medio del nombramiento de un curador. En Chile la interdicción por demencia no implicó encierro terapéutico y por ende constituyó una práctica distinta de aquella que normaba la interdicción en Casas de Orates.

demencia durante la segunda mitad del siglo XIX en Santiago de Chile, con el objeto de trazar el sustrato corporal que nutrió la identificación de la enfermedad mental, así como las representaciones en torno a los cuerpos enfermos y su cruce con categorías decimonónicas de desviación.

Por medio de este vínculo, interesa acercarse a la medicalización de dichas categorías bajo los marcos de las demencias congénitas y adquiridas. Estos registros fueron leídos siguiendo los eclécticos postulados de la teoría médica contemporánea, que ubicaban el cuerpo en una línea similar a la planteada por el doctor Valderrama, como escenario donde se teatralizaba, se expresaba y se interpretaba la salud y la enfermedad.

14. La Universidad de Chile, además de supervisar el sistema educativo nacional, heredó la administración de la institución colonial del *Protomedicato* hasta 1892, siendo responsable de la regulación de la práctica médica, de la calificación de los médicos y de la salud pública. Simon Collier, *Chile: the making of a Republic, 1830-1865. Politics and Ideas* (Cambridge: Cambridge University Press, 2003), 108.

15. Un primer esfuerzo por ofrecer un curso de enfermedades mentales fue realizado por José Ramón Elguero, quien se desempeñó como médico en la Casa de Orates de Santiago entre 1860 y 1874. Elguero fue nombrado en 1869 profesor del curso de enfermedades mentales e higiene, cerrado en 1872.

16. En septiembre de 1881 el Consejo de Instrucción Pública aceptó la creación de un curso de enfermedades nerviosas y mentales bajo la dirección de Carlos Sazié, hijo del primer médico del asilo de locos, el francés Lorenzo Sazié. "Boletín de Instrucción Pública", *Anales de la Universidad de Chile* LX (1881): 467.

17. Eduardo Salas, *Historia de la medicina en Chile* (Santiago: Imprenta Vicuña Mackenna, 1894); Pedro Lautaro Ferrer *Historia general de la medicina en Chile* (Talca: Imprenta Talca, 1904); Ricardo Cruz Coke, *Historia de la Medicina Chilena* (Santiago: Editorial Andrés Bello, 1995); Armando Roa, *Demonio y Psiquiatría. Aparición de la Conciencia Científica en Chile* (Santiago: Andrés Bello, 1974); Pablo Camus, "Filantropía, medicina y locura: la Casa de Orates de Santiago 1852-1894", *Historia* 27 (1993): 89-140.

1. ALIENISMO Y MEDICINA LEGAL: EL CONOCIMIENTO MÉDICO AL SERVICIO DE LA JUSTICIA

El desarrollo de la medicina científica y el surgimiento de conocimientos especializados en torno a las enfermedades mentales respondieron al ideal liberal proyectado en la naciente República. El saber médico no se redujo tan sólo a un cuerpo de técnicas ni a una suma de teorías importadas, sino que asumió una presencia concreta, por medio de la labor académica, investigativa y normativa de la Universidad de Chile (1843)¹⁴. La creación de la primera Casa de Orates en Santiago en 1852 inauguró en el país el cuidado médico institucional de la locura y contribuyó a la agrupación de aquellos profesionales interesados en el entendimiento y tratamiento de las enfermedades mentales. El alienismo se forjó en torno al pequeño grupo de profesionales asociados a la institución y se academizó por medio de la aprobación en 1881 de la cátedra de enfermedades mentales y nerviosas¹⁵ y el envío, a mediados de la década del setenta, de jóvenes médicos a perfeccionarse a Europa¹⁶. Todos estos elementos pueden ser considerados como hitos fundantes de la especialización psiquiátrica¹⁷.

Sin negar la centralidad de estas instituciones y prácticas, interesa dirigir el análisis e incorporar en dicho proceso de profesionalización las labores periciales realizadas por los médicos llamados a evaluar la posible demencia de determinadas personas, cuya capacidad fue cuestionada entre 1855 y 1900 en Santiago. Esta convocatoria da cuenta de la innegable presencia que comenzaron a tomar los especialistas en enfermedades mentales, pero también habla de otros modos de construcción de saber y autoridad, así como de las negociaciones médicas y de las disímiles interpretaciones sobre la locura.

El ejercicio de diagnosticar representó un objetivo central de la práctica médica y un resultado deseado en la labor pericial. Pero cumplir con esta tarea, como se planteó inicialmente, no fue sencillo. Los peritos no sólo debían ser capaces de reconocer los posibles síntomas y relacionarlos con la teoría vigente con el objeto de darle sentido a sus resoluciones, sino también lidiar con los cambios que se expresaban en la disciplina. Constantemente se identificaban nuevas enfermedades y se describían nuevas sintomatologías, dando forma a un amplio y creciente registro nosológico en torno a las enfermedades mentales que cautivaba a los médicos, pero a su vez los enfrentaba a un escenario confuso e impreciso.

Como Augusto Orrego Luco recordaba en sus memorias, había pocas materias más atractivas en las clases dictadas por José Ramón Elguero (1819-1877) en la década del sesenta que sus relatos sobre la historia de cada enfermedad mental, “la manera como había aparecido, las primeras descripciones, cómo se habían ido agregando nuevos síntomas y nuevos detalles hasta constituir el cuadro actual”¹⁸. Ahora bien, probablemente los relatos de Elguero se diferenciarían considerablemente de los presentados luego por Orrego Luco en sus clases, considerando el incremento en el número de enfermedades mentales identificadas, que habían llevado a las doce condiciones descritas por Elguero en 1863 en la Casa de Orates a elevarse sobre treinta en 1885 y a alcanzar casi las cincuenta en 1899¹⁹. Ciertamente, los cambios sucedidos durante la segunda mitad del siglo XIX en la descripción, diferenciación y clasificación de la demencia reconfiguraron el escenario del diagnóstico y supusieron nuevos desafíos para la pericia médica y nuevas posibilidades para el cuerpo.

1.2. LA CONSTITUCIÓN MÉDICO-LEGAL DEL PERITO

En el Santiago de 1891 Domingo León Calderón cuestionaba la validez del reconocimiento pericial que había llevado a la reciente interdicción de su esposa, Trinidad Álvarez, con la que había contraído matrimonio supuestamente desconociendo su estado de incapacidad civil. Consideraba que el número de doctores designados por el juez para realizar la evaluación no había sido el apropiado, como tampoco el conocimiento que mostraban sobre la materia. Domingo demandaba la realización de nuevas pericias, esta vez a cargo de los médicos de la Casa de Orates “especialistas antiguos y de competencia por demás reconocida en enfermedades de demencia”²⁰.

La puesta en duda del testimonio médico fue compartida por aquellos hombres y mujeres que insistieron en la necesidad de asegurar evaluaciones confiables y argumentadas. Sus palabras se articularon no sólo a las estrategias discursivas desplegadas por demandantes e imputados para

18. Augusto Orrego Luco, *Recuerdos de la Escuela* (Buenos Aires: Editorial Francisco de Aguirre, 1976), 77.

19. Manuel Segundo Beca, *Medicina sobre las enfermedades mentales en Chile* (Santiago: Imprenta Nacional, 1885), 13-14 y *Movimiento de la Casa de Orates de Santiago Segundo semestre de 1899* (Santiago: Imprenta de Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1900).

20. “Interdicción por Demencia” (1890), en Archivo Histórico Nacional de Chile (AHNCH), Santiago de Chile-Chile, Fondo Judicial de Santiago, leg. 140A, pieza 6, f. 50.

desacreditar o silenciar evaluaciones no favorables a sus intereses, sino también a los cambios expresados en la ciencia médica y su creciente injerencia en la sociedad. La insatisfacción mostrada por Domingo se enmarcaba en un período de cambio de la autoridad médica tras la serie de iniciativas tendientes a profesionalizar la disciplina, apoyar el desarrollo de la salud pública y reforzar el posicionamiento social de los facultativos²¹. La creciente demanda por servicios calificados contó con la promoción estatal de las ciencias, por medio del desarrollo de sus bases teóricas y de la elaboración de una serie de mecanismos regulatorios que buscaron proteger la exclusividad profesional²². Producto de estas gestiones se promulgó, por ejemplo, la Ley del 19 de noviembre de 1842, que prohibió el ejercicio de cualquier profesión científica sin el grado de licenciado, con excepción de quienes hubiesen sido autorizados con anterioridad a la ley²³.

La demanda de Domingo respondió en parte al reconocimiento de la pericia médica y su potencial. Ciertamente la profesionalización del hacer facultativo incidió en la apreciación legal de la figura del perito, pero también influyó el interés y los esfuerzos por modernizar la justicia por medio de la extensión de la estructura de la judicatura chilena²⁴. Así, durante la segunda mitad del siglo, juristas y autoridades judiciales otorgaron una progresiva atención a la figura del perito, que derivó en la obligatoriedad del testimonio médico en procedimientos que involucraban golpes, heridas, homicidios, suicidios, envenenamientos, estrangulaciones, asfixias, partos, abortos, infanticidios, violaciones y demencia, entre varios otros, insertando oficialmente a los médicos en la maquinaria judicial.

La justicia penal reconoció la importancia del especialista en la identificación del cuerpo del delito y en la evaluación de la responsabilidad criminal. El *Código Penal* (1874) obligó a los peritos llamados por el juez a colaborar y a todo médico a informar sobre las ofensas criminales de las que tuvieran conocimiento²⁵. Ante esta normativa, los médicos respondieron confirmando la especificidad de su saber y la cualidad que los situaba como expertos. Diferenciándose del testigo común, se presentaron como profesionales formados al alero de una ciencia y como sujetos que a través de su práctica habían adquirido las condiciones y competencias para verificar e informar a la justicia²⁶. Ahora bien, la penalización a la que podían estar sujetos si se negaban a asistir a la justicia fue leída por los médicos como una amenaza a un prestigio que no se construía sólo desde su saber, sino también desde la independencia de su profesión y desde la especial relación que decían cultivar con sus pacientes y familias²⁷. Así, la relación

21. Carl Murdock, "Physicians, the State and Public health in Chile, 1881-1891", *Journal of Latinamerican Studies* 27: 3 (1995): 555.

22. Sol Serrano, *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX* (Santiago: Editorial Universitaria, 1994), 152.

23. Para este tiempo sólo se habían autorizado tres formaciones en el área: medicina-cirugía; química-botánica y obstetricia. Ver M.A.C., *Reforma de las Instituciones Médicas* (Santiago: Imprenta del Ferrocarril, 1856), 6.

24. Armando de Ramón, "La justicia chilena entre 1875 y 1924", *Cuadernos de Análisis Jurídico* 12 (1989).

25. Federico Puga Borne, *Compendio de Medicina Legal adaptado a la legislación chilena* (Santiago: Imprenta Cervantes, 1896), 48. Ver también Caupolicán Pardo, "Secreto Profesional", *Revista Médica de Chile* 29: 10 (1901): 267-270.

26. Germán Schneider, "El Rol del Médico", *Revista Médica de Chile* 1 (1872): 123.

27. Comisión Editora, "El código penal y los médicos", *Revista Médica de Chile* 3: 6 (1874) y Sandalio Letelier, "El código penal y la profesión de médico-cirujano", *Revista Chilena* 7 (1877): 495.

de los médicos con la justicia se perfilaba desde dos ejes: por un lado, la necesidad de posicionar su autoridad de diagnóstico, y por otro, su autoridad social. Como explicaba el doctor Augusto Orrego Luco, los médicos eran “aparte de los sacerdotes”, quienes mejor conocían íntimamente la interioridad de la sociedad y eran a su vez quienes más discretamente reservaban sus asuntos²⁸.

La ley civil solicitó la evaluación del estado mental de un individuo en casos de internación terapéutica y de interdicción, entre otros²⁹. En la segunda instancia, la puesta en vigencia del Código Civil reemplazó la reglamentación colonial sobre la curatela de dementes normada por las Siete Partidas (siglos XIII-XIV) e instaló la obligatoriedad de la participación médica en la interdicción³⁰. El juez debía oír los dictámenes de médicos “de su confianza” sobre “la existencia y naturaleza de la demencia”³¹. En 1887 se explicitó que eran los médicos de ciudad quienes como funcionarios estatales debían cumplir dicha tarea, informando a la autoridad judicial sobre todo asunto médico-legal en que les pidiera su dictamen, debiendo practicar reconocimientos y realizar autopsias³².

Pese a que esta norma puede llevar a pensar que estos profesionales monopolizaron la pericia médico-legal, el estudio de la práctica judicial muestra que el examen de la locura congregó a una variedad de médicos cuyas identidades profesionales —la mayor de las veces sobrepuestas— fluctuaban entre su condición de médico de familia, médico general, alienista o especialista en enfermedades nerviosas y mentales, y médico legista o de ciudad. Los evaluadores expertos compartieron diversas identidades profesionales, móviles e intercaladas. Algunos se presentaron como médicos de familia o “de cabecera” del enfermo; otros reconocieron un conocimiento general sobre las enfermedades mentales; otros se presentaron como especialistas en la identificación y tratamiento de la demencia; y unos, como los médicos de ciudad, eran encargados de los temas médico-legales, comenzando a ser llamados desde 1880 a ser médicos legistas y más adelante, médicos forenses.

La instalación formal de la labor pericial profundizó el debate en torno a la calidad

caso chileno y escasamente en la región salvo los trabajos en argentina de Silvia Di Liscia y Daniela Bassa, “Médicos, Jueces y Locos. Sobre Peritaje de Insania y Justicia en el Interior Argentino, 1890-1930”, *Horizontes, Braganca Paulista* 21 (2003): 15-26; Daniela Bassa “Insania y Justicia en el Territorio Nacional de la Pampa Argentina (1880-1930)”, *Frenia* 3: 1 (2003): 31-65 y Silvia Di Liscia, “Mujeres, Locura e Incapacidad Civil en Argentina, 1890-1920”, *Aljaba, Nueva Epoca* 8 (2003): 89-105; y el trabajo doctoral en el caso mexicano de Cristina Sacristán, “Locura y Justicia en México. La Psiquiatría, la Familia y el Individuo Frente a la Modernidad Liberal: El Caso Raygosa (1873-1877)” (Tesis de Doctorado en Historia, Universitat Rovira i Virgili, 1999), a quien agradezco haberme facilitado el acceso a su investigación.

30. Con más de 2500 artículos el Código Civil ha sido considerado como una de las codificaciones más influyentes en América Latina. Fue adoptado por El Salvador, Ecuador, Venezuela, Colombia y Honduras, e influenció los códigos de Uruguay, México, Guatemala, Costa Rica, y Paraguay. Ver Matthew C. Mirow, “Borrowing Private Law in Latin America: Andres Bello’s use of the Code Napoléon in Drafting the Chilean Civil Code”, *Louisiana Law Review* 61 (2000-2001): 291-329 y Alejandro Guzmán, *Historia de la Codificación Civil en Iberoamérica* (Cizur Menor, Navarra: Universidad de Navarra/Garrigues Cátedra, 2006).

31. Manuel Amunátegui, ed., *Código Civil de la República de Chile* (Valparaíso: Imprenta y Librería del Mercurio, 1865), especialmente los artículos 446 y 460.

32. “Médicos de Ciudad. Santiago, 31 de diciembre de 1887”, *Disposiciones Vigentes en Chile sobre Policía Sanitaria y Beneficencia Pública* (Santiago: Roberto Miranda Editor, 1889), 56-60.

28. Augusto Orrego Luco, *Recuerdos de la Escuela*, 85.

29. El estudio de la evaluación médica de la locura ha tendido a estar relacionada con los procesos de institucionalización de dementes en Casas de Orates y al examen de la responsabilidad delictual en juicios criminales. La interdicción no ha sido estudiada en el

y rol de la evaluación. El *Prontuario de Enjuiciamiento Criminal* (1884), precedente del *Código de Procedimiento Penal* (1906), reconocía que una pericia irresponsable podía llevar a remover los bienes a una persona, sus derechos civiles, enviarlo a un asilo, hacer a un enfermo responsable de un crimen o salvar a un criminal de sus acciones³³. Pero también, como indicaba el jurista Robustiano Vera en su *Jurisprudencia Práctica* (1888), la medicina legal ofrecía su saber y se presentaba en muchos casos como “la salvaguardia de la inocencia acusada y en otros el camino para descubrir al crimen y hacer que el castigo de un delito caiga sobre el verdadero culpable, lo que sin este auxiliar poderoso hubiera quedado oculto, sufriendo tal vez la inocencia”³⁴.

Pese al reconocimiento del testimonio experto, varios aspectos de su práctica no estuvieron legalmente organizados. Como explicaba Federico Puga Borne en 1896, especialista en medicina legal, la falta de códigos de procedimiento había afectado la labor pericial, llevando a que en algunos casos la participación del médico quedara sujeta a la costumbre o voluntad del juez³⁵. En procesos de interdicción los médicos tendieron a ser convocados; los silencios acusados por el doctor Puga se expresaron en otras dificultades, reconocidas por abogados, médicos, demandantes, imputados y testigos. Algunos como Domingo León cuestionaron la convocación de peritos que no manejaban un saber especializado en torno a las enfermedades mentales; otros, en una línea similar a la presentada por el jurista Vera, recordaron que, dadas las importantes consecuencias que conllevaba la interdicción, no era extraño encontrar imputaciones falsas de demencias motivadas por intereses patrimoniales, o reportes periciales que se dejaban llevar por la evidente generosidad de las partes³⁶.

A fin de siglo el desarrollo de la medicina legal contribuyó en la identificación de los contenidos que debía poseer un reporte pericial en procesos que involucraban la evaluación de posibles problemas mentales. El *Prontuario* sugería tres caminos para realizar una buena evaluación:

informarse del comportamiento del enfermo mental, observar sus características y acceder por medio de la interrogación a aquellas verdades que no se manifestaban en los métodos anteriores³⁷. El *Manual de Medicina Legal* (1896) de Puga Borne formalizó de modo más cabal el código de acción del perito. El experto debía ser capaz de entender las diversas condiciones que abarcaba el amplio término ‘demencia’, comúnmente usado en el ámbito judicial; confirmar que la enfermedad mental fuese habitual; y comprender la real dimensión del intervalo lúcido. Puga enseñaba sobre las reglas de conducta que debía seguir el perito, las que consideraban que “si en el curso de la operación el médico experimenta una duda, por mas leve que sea, debe mirar como un deber el renunciar a todo amor propio haciendo llamar a hombres más competentes”³⁸. Insistía

33. Robustiano Vera, *Prontuario de Enjuiciamiento Criminal* (Santiago: Imprenta Victoria, 1884), 279.

34. Robustiano Vera, *La Jurisprudencia Práctica de nuestros Tribunales de Justicia* (Santiago: Imprenta de los Debates, 1888), 303.

35. Federico Puga Borne, *Compendio de Medicina*, 8.

36. Robustiano Vera, *La Jurisprudencia Práctica*, 303.

37. Robustiano Vera, *Prontuario de Enjuiciamiento*, 279.

38. Federico Puga Borne, *Compendio de Medicina*, 51.

en la necesidad de proceder con orden y método, empleando la mayor atención en la comprobación de los hechos y siendo extremadamente escrupuloso en las descripciones. Para ello se debían seguir ciertas reglas generales para el diagnóstico. La primera era la sumaria y la recolección de datos e información; la segunda correspondía al interrogatorio, que debía ejecutarse con naturalidad y sin prisa para que el loco se tranquilizara y se sintiera a gusto con el médico; y la tercera era el examen directo de los trastornos en las funciones intelectuales, de las facultades instintivas y afectivas y de las funciones sensoriales. Los reportes debían ser claros, breves y comprensibles para una audiencia lega³⁹.

La puesta en marcha de los Códigos de Procedimiento Civil (1903) y Penal (1906) develó los conflictos generados del encuentro entre ciencia médica, derecho y práctica judicial⁴⁰. Pese a que se reafirmó la necesidad de contar con el apoyo de profesionales titulados capaces de declarar con certeza la existencia de lo observado o deducido en concordancia con los principios de su ciencia, arte u ocupación, se mantuvo la falta de especificidad en torno a los tipos de médicos que debían realizar evaluaciones en procesos de interdicción⁴¹. Adicionalmente, los códigos problematizaron el carácter probatorio de las evaluaciones periciales al presentarlas como presunciones dependientes de la competencia de los expertos, de la uniformidad o desacuerdo de sus opiniones y de los principios científicos sobre los que construían sus conclusiones.

Durante la segunda mitad del siglo XIX e inicios del XX la práctica judicial, al menos en el ámbito de la interdicción, reprodujo las tensiones del quehacer pericial, amplificadas por la diversidad de médicos participantes y por la falta de método que acompañaba al testimonio experto y que facilitaba poner en entredicho la propia legitimidad del examen. La evaluación experta fue parte de la expansión del sistema judicial y respondió a los intereses, ambiciones y conflictos de la ciencia médica. Su reconocimiento constituye un elemento más en la historia de los mecanismos de poder estrenados por la república, en un contexto —siguiendo la reflexión presentada por Foucault para la *lettre de cachet* en el escenario francés del siglo XVIII— articulado no sólo a los intereses de la ciencia, sino a los móviles y contextos de la vida cotidiana⁴².

En este diálogo el cuerpo constituyó un recurso central de interpretación, incidiendo en las bases epistemológicas del conocimiento científico.

2. EL CUERPO COMO SÍNTOMA: LECTURAS CORPORALES DE LA ENFERMEDAD MENTAL

El nombramiento de facultativos en juicios de interdicción formalizaba la tarea pericial, dando inicio a un proceso que en la práctica adquirió una serie de matices y peculiaridades. En algunas oportunidades los peritos fueron los primeros en caracterizar médicamente la locura, mientras que en otras su voz se sumaba a evaluaciones facultativas presentadas por

39. Federico Puga Borne, *Compendio de Medicina*, 572 y 56.

40. *Código de Procedimiento Penal de la República de Chile* (Santiago: Imprenta Cervantes, 1906), 45.

41. Especialmente “Del informe de peritos”, *Código de procedimiento civil* (Santiago: Imprenta Barcelona, 1902), 385-392; *Código de Procedimiento Penal*, 168-169.

42. Michel Foucault, *La vida de los hombres infames, ensayos sobre desviación y dominación* (Buenos Aires: Altamira, 1990).

demandantes e imputados con el fin de validar sus peticiones o agilizar el proceso con la entrega de mayores antecedentes. Los peritos convocados por el juez dialogaron con estas otras voces expertas, haciéndose parte de las tensiones y negociaciones propias del proceso. Las conclusiones de ambos se plasmaron en reportes escritos que, dependiendo de intereses y del propio curso que seguía la corroboración de la incapacidad, fluctuaron entre sendas evaluaciones que podían llegar a superar las veinte carillas o breves reportes de una foja.

Los procesos de interdicción se caracterizaban por la profusión de voces médicas que intentaban clasificar la enfermedad, precisar sus causas o establecer una prognosis. Pese a esta abundancia y a que la ley obligaba al perito convocado a asistir al juez, ciertos profesionales se excusaron de participar en los procesos, indicando que el asunto “no era de su especialidad”, que estaban muy ocupados o que se encontraban fuera de la ciudad; otros expresaron sus dificultades para ajustarse a las condiciones de la tarea pericial, sea por sus tiempos, contextos o retribuciones, siendo reemplazado por testigos más dispuestos. En medio de los pormenores de la práctica pericial, el cuerpo se instaló como el primer referente visual entre demente y perito. Constituyó la materialidad sobre la cual se expresaba o se escondía el problema mental, ofreciendo interesantes signos por medio de los cuales leer y ordenar los diversos vestigios que hacían referencia explícita o implícita a la enfermedad.

2.1. LAS LOCURAS CONGÉNITAS Y LA DEBATIDA FRONTERA DE LA DEBILIDAD MENTAL

El cuerpo entregaba las primeras pistas sobre el carácter congénito o adquirido de una posible demencia. La ciencia médica admitía la distancia entre ambos estados y reconocía que las perturbaciones congénitas, constituidas por el idiotismo, el cretinismo, la imbecilidad y la debilidad de espíritu eran las más sencillas de identificar, dado que como condiciones agudas, incurables y de larga data, originadas de un defecto de conformación y desarrollo del cerebro, solían manifestarse claramente en el organismo, por ejemplo a través de “una cara plana, la boca grande, la cabeza inclinada a uno u otro lado, el cuello deformado casi siempre por el bocio, muy corto o desmesuradamente largo, la talla reducida, la columna vertebral desviada, el vientre voluminoso y flojo”⁴³.

Atribuir a una demencia un origen congénito tenía importantes repercusiones en la interpretación de la capacidad de un individuo, toda vez que este estado era entendido como una categoría absoluta y una condición persistente y aguda. Las consecuencias de dicha interpretación en un juicio de interdicción se expresaban en la certificación pericial de la incapacidad, y finalmente en la restricción de los derechos civiles. De ser apelada la resolución, la estrategia no residía en plantear una mejora de la enfermedad sufrida por el sujeto, como sucedió en casos de personas interdictas por locuras adquiridas, sino

43. Federico Puga Borne, *Compendio de Medicina*, 588.

en un cuestionamiento de la figura y saber del perito, en la desacreditación de la interpretación experta que llevó a determinar un estado de incapacidad congénito.

Éste fue el caso de Trinidad Álvarez, una mujer de cuarenta años declarada interdicta en Santiago en mayo de 1890 sobre la base de argumentos familiares que indicaban que siempre había sido “algo loca y exagerada” y a un informe pericial que acusaba un idiotismo originado en la falta de desarrollo de su cerebro y manifestado en la forma de su cráneo y en la imposibilidad de pronunciar y retener ciertas letras e ideas⁴⁴. En 1891 su esposo Domingo León Calderón, agricultor veinteañero casado con Trinidad en octubre del mismo año, solicitó revocar la interdicción. Domingo cuestionó el mérito legal de la evaluación que incapacitó a su esposa y solicitó nuevas pericias que garantizaran el manejo de un conocimiento experto, precisando que se hacía urgente la participación de los médicos de la Casa de Orates (1852).

El cuerpo representó un espacio clave de exploración y debate, tanto para quienes advertían en Trinidad los estigmas congénitos que la ciencia médica atribuía a los idiotas e imbéciles, como para quienes sólo veían en ella un estado “de perfecto funcionamiento” corporal. En una nueva ronda de evaluación pericial convocada por el juez, los médicos ofrecieron opiniones opuestas; mientras los doctores Francisco Puelma Tupper, Vicente Izquierdo y Wenceslao Díaz volvieron a reconocer en ella una imbecilidad crónica, los alienistas del “loquerío” negaron dicha versión, exponiendo la sanidad de la interdicta⁴⁵. Octavio Echegoyen y Manuel Segundo Beca consideraron que Trinidad de ninguna manera correspondía a una enajenada mental, pues pese a que sus facultades intelectuales se asemejaban en parte a las degeneraciones psíquicas congénitas, no exhibía “los signos físicos o estigmas” que los caracterizaban, “las deformaciones craneanas, las de las extremidades y tronco, el bocio, la fisonomía especial, ni tampoco los desórdenes intelectuales”. Por el contrario, su cabeza era “bien formada” y “la medición del cráneo” daba las cifras comunes, la fisonomía de su cara era “tranquila, agradable”, no habiendo “una sola desviación en los rasgos, pliegues y aberturas”⁴⁶.

¿Por qué profesionales médicos, pertenecientes todos a la élite académica santiaguina, no sólo interpretaron, sino observaron e identificaron características tan disímiles en una misma persona? ¿Cómo era posible que uno de los rasgos más evidentes de un estado crónico de demencia estuviese sujeto a un escrutinio tan dispar? La identificación judicial de la locura dio cuenta de los problemas, tensiones y complejidades del saber médico, revelando las tensiones que rodeaban a la pretensión de objetividad del conocimiento científico, la naturalización del cuerpo y la “verdad” patológica.

La lectura del cuerpo, la interpretación de la capacidad y las definiciones del estado mental de Trinidad se efectuaron en el marco de un proceso judicial que la privaba de la administración de sus bienes y del

44. “Interdicción por Demencia” (1890), f. 7.

45. “Interdicción por Demencia” (1890), f. 57.

46. “Interdicción por Demencia” (1890), ff. 61-71.

manejo de su propia persona. Respondían y se dejaban envolver por los conflictos que habían motivado el juicio y por los contextos que tensionaban la relación entre el carácter subjetivo de la enfermedad y un discurso médico que la objetivaba. El cuerpo no era una plataforma estática y sus rasgos no eran absolutos, dando cabida a una variedad de interpretaciones que se articulaban con las condiciones materiales que lo rodeaban y modelaban.

En el Santiago de 1897 la capacidad de Corina Beauchef, una mujer soltera de sesenta y seis años que había vivido gran parte de su vida al lado de su hermana recientemente fallecida, había sido puesta en duda por cinco sobrinos y una sobrina, quienes eran al mismo tiempo los principales herederos de su fortuna. El doctor Echegoyen, el mismo especialista que había evaluado a Trinidad Álvarez, había sido convocado por el juez para completar una comisión de doctores formada por Marcial Guzmán, Alcibíades Vicencio, Luis Espejo y Vicente Izquierdo. Durante el curso del proceso se sumarían otros peritos, en el marco de una activa defensa de la imputada promovida por el reconocido abogado Abdón Cifuentes.

La historia de interdicción de Corina, similar a la de Trinidad, se caracterizó por la discrepancia en el diagnóstico, por la distancia interpretativa entre los diversos peritos y por las diferentes lecturas dadas a su cuerpo. En un primer desacuerdo los doctores Izquierdo y Espejo consideraron que Corina no debía ser puesta bajo interdicción, pues no presentaba los estigmas de los problemas congénitos, mientras que el alienista Octavio Echegoyen acusó su incapacidad y demencia apoyándose de una serie de signos que revelaban su problema⁴⁷. A primera vista Echegoyen advertía que Corina no presentaba “nada de loca”, pues no poseía los estigmas físicos del idiotismo y la imbecilidad “en sus grados mas acentuados”, no mostraba tampoco asimetría alguna en su cráneo o cara ni microcefalia o macrocefalia, ni implantación viciosa de las orejas ni frente aplanada. Sin embargo, reconocía que sí exhibía, a pesar de su aire distinguido, “ese sello de la fisonomía que no se puede explicar en que consiste, esa falta de expresión intelectual que acusa casi siempre la simpleza de espíritu”⁴⁸. Echegoyen explicaba que personas de la posición social de Corina, quien pertenecía a una de “las familias mas distinguidas de Santiago”, gozaban de una educación y de una instrucción privilegiadas, que posiblemente la ayudaban a esconder parte de los problemas intelectuales que sufría⁴⁹. Pese a ello, no se podían pasar por alto las vacilaciones, silencios y ausencias que mostraba en su conversación, considerando además que ella había recibido la mejor educación disponible para “una mujer de su tiempo”.

Echegoyen identificó en Corina un especial tartamudeo, una cierta dificultad para emitir palabras que, de acuerdo con su criterio, caracterizaba a los débiles de espíritu. El perito había reconocido en Trinidad Álvarez un problema similar, un tartamudeo que la hacía “omitir algunas

47. “Interdicción por Demencia” (1890), f. 115.

48. “Interdicción por Demencia” (1890), ff. 117v-118.

49. “Interdicción” (1898), en AHNCH, *Judicial de Santiago*, leg. L 320B, cuaderno 1, f. 118.

letras en cada palabra o reemplazarlas por otras más fáciles de pronunciar”⁵⁰. Ahora bien, mientras esta tartamudez contribuyó a revocar la interdicción de Trinidad, en Corina apoyó el diagnóstico de debilidad mental. Echegoyen atribuyó el tartamudeo de Trinidad al cercano grado de parentesco de sus padres y entendió que su pobreza intelectual no derivaba de una demencia, sino que era resultado de una vida campesina, sin roce social ni acceso a un mayor cultivo. Corina, por el contrario, fue identificada como débil de espíritu, presentada como una persona de facultades tan poco desarrolladas que se asemejaba a una niña de doce años⁵¹. Los silencios de Corina fueron considerados graves dado el contexto social que la había forjado, que no debía dar cabida a este tipo de comportamiento ni expresiones.

Los peritos discreparon en su identificación e interpretación de los cuerpos supuestamente enfermos de Trinidad y Corina. Esto se vinculó a las condiciones del juicio, a la tensión entre los tipos de pericia y a las variaciones en la expresión de la capacidad individual. Así, pese a que los textos de medicina legal que circulaban por esos años reconocían que la identificación de estados congénitos eran los más fáciles de establecer, la práctica daba cuenta de que no bastaba con aplicar un discurso que insistía en una exterioridad que los denunciaba, “ya es el pequeño volumen de la cabeza, ya las deformaciones del cráneo, ya la fisonomía especial de tristeza [...] o la sonrisa no interrumpida”⁵².

El cuerpo y la fisonomía se alejaban en la práctica médico-legal de su pretensión científica y dejaban ver la serie de representaciones que lo forjaban. El desafío pericial se articulaba no sólo con la teoría de causas y consecuencias, sino con ambiciones profesionales que intentaban descubrir el alcance real de la patología mental en cuerpos educados como el de Corina o iletrados como el de Trinidad. Estos cuerpos representaban identidades en tránsito, cuyos ángulos y líneas no se constituían objetivamente, sino que respondían a una serie de circunstancias que le daban sentido, forma y significado a sus móviles contornos.

2.2. LAS LOCURAS ADQUIRIDAS Y LA CERTIDUMBRE DE LA DEMENCIA SENIL

El reconocimiento de las demencias adquiridas respondió a procesos de medicalización que reconocieron la compleja, ecléctica y cambiante taxonomía de la locura. Estos cambios no sólo implicaron una clara distancia con los problemas congénitos, sino que llevaron a entender que la locura podía involucrar un desarreglo parcial de las facultades. La pasada distinción entre la inteligencia sana y la inteligencia perturbada ya no era sostenible, pues como explicaba el profesor de enfermedades mentales y nerviosas Augusto Orrego Luco, la ciencia había demostrado que la locura y el genio, lejos de ser elementos incompatibles, “son esencialmente idénticos”. Así, durante la segunda mitad del siglo la disciplina médica se alejó en Chile de la imagen del loco “de teatro”

50. “Interdicción por Demencia” (1890), f. 64v.

51. “Interdicción” (1898), f. 118.

52. “Interdicción por Demencia” (1890), f. 70.

y fue tomando el referente francés, particularmente la problematización de la locura parcial realizada por Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) a través de la monomanía, quien reconoció la variedad de expresión de la locura y su incidencia en los afectos, el intelecto y la voluntad⁵³.

El conocimiento de la cambiante nosología de las enfermedades mentales representó un desafío para los médicos. Así también lo fue el proceso de relacionar los síntomas a una determinada patología, más aún los corporales. Un buen reporte debía considerar los rasgos fisonómicos y la disposición corporal, además del estado de la voluntad e inteligencia, y dentro de ésta, la percepción, la atención, el juicio y la memoria. En el encuentro personal con el imputado, el doctor Puga Borne enseñaba que para tener una noción lo más exacta posible de la locura era preciso que las investigaciones comprendieran no sólo los fenómenos psicológicos, sino también los caracteres físicos. La fisonomía general representaba “el reflejo del estado mental” y por tanto el perito debía siempre trazar en su informe lo más fielmente “el retrato del enajenado; la actitud, la marcha, la mirada, la forma del cráneo, los estigmas, la actitud de la cabeza, los gustos, los movimientos parciales de los labios y las manos, la esputación frecuente, la manera de vestirse”, todos los detalles del conjunto de las facciones, que otorgaran al loco un carácter y que suministraran indicios serios “para el diagnóstico de la primera mirada”. Había que fijarse también en la piel, que tendía en los locos a ser seca, amarillenta, terrosa, cubierta de una especie de barniz viscoso, de olor característico, sujeta a inflamarse, congestionarse, agrietarse y cubrirse de erupciones. Había que fijarse en “las heridas y contusiones que los enfermos se hacen a si mismos en las tentativas de suicidio o involuntariamente durante los paroxismos de furor, mordeduras de lengua de los epilépticos, mutilaciones, arrancamiento de la lengua y los labios por mordeduras, desollamiento producido por ciertos movimientos automáticos”⁵⁴.

Junto a la observación debían realizarse una serie de preguntas sobre aspectos personales. De tener hijos, se preguntaba sobre fechas de nacimiento, cantidad, nombre o edad de éstos; se abordaban aspectos relacionados al juicio de interdicción, como la causa, el transcurso o los bienes en juego; así, también se interrogaba sobre aspectos relacionados con la historia reciente. Por ejemplo, el doctor Valderrama, al evaluar a Rómulo Baltra, le hizo una serie de preguntas sobre la fecha de fallecimiento de su madre, el tiempo que había pasado desde la declaración de guerra al Perú y el año de su nacimiento⁵⁵. Similarmente, cuando los especialistas Augusto Orrego Luco y Guillermo Del Sol acudieron a la casa de Ramón Arriagada, lo interrogaron “sobre muchas materias de carácter general”, a lo que contestó con divagaciones y “quejándose de su mala memoria”⁵⁶.

53. Sobre locura parcial y nosología en el marco Francés ver José Martínez Pérez, “Catalogando la diversidad del comportamiento humano: La nosología francesa decimonónica ante las conductas delictivas (1800-1855)”, *Asclepio XLVIII*: 2 (1996): 87-114.

54. Federico Puga Borne, *Compendio de Medicina*, 571, 578-579. Ver también María José Correa Gómez, “Violencias ejercidas en los cuerpos”.

55. “Sobre que se declare en interdicción a Rómulo Baltra” (1884), en AHNCH, *Judicial de Santiago*, leg. 74B, pieza 29, f. 4.

56. “Interdicción” (1897), en AHNCH, *Judicial de Santiago*, leg. 216A, pieza 13, f. 8.

Se reconocía entre quienes sufrían demencias congénitas el recuerdo de una etapa de la vida en la cual no se expresaban los síntomas y problemas revelados con posterioridad. Por tanto, la evaluación médica debía concentrarse en rastrear el cambio, movilizándolo las preguntas con el objeto de constatar lo viejo y lo nuevo, lo estable y lo alterado, dando cuenta de tránsitos abruptos y de procesos graduales e intermitentes. Dentro de estos movimientos era necesario establecer si la locura era habitual, si había posibilidad de recuperación o si la enfermedad era progresiva. Era muy valioso determinar no sólo las características del cuerpo, sino también sus modificaciones: el deterioro, la incapacidad física y los problemas cotidianos que delataban visualmente el paso de la salud a la enfermedad.

Condiciones como la monomanía, la demencia senil, la parálisis, la manía, el *delirium tremens*, la lipemanía y la histeria, entre varias otras, acusaban las particularidades materiales de la enfermedad. Los demandantes, testigos, médicos, abogados e imputados hablaban de los cuerpos, les otorgaban un determinado peso, color, edad y condición, retrataban las facciones, describían las miradas, precisaban los surcos y delineaban la estructura, con el objeto de multiplicar las intenciones que movían las palabras de todos aquellos que participaron en los procesos. Hablaban de ellos otorgándoles un sentido, los describían en relación a la condición acusada o rechazada, interpretaban, hacían uso y construían un conocimiento médico en constante movimiento.

En algunos casos resultaba simple relacionar aquellas extrañas conductas exhibidas por los imputados con un grave accidente, del cual el cuerpo aún guardaba registro. Caídas a caballo y golpes en la cabeza explicaban cambios importantes en el comportamiento y facilitaban la identificación del diagnóstico. Ataques de parálisis, de epilepsia, de arterioesclerosis y de *delirium tremens* daban cuenta de situaciones de riesgo que, dependiendo de su menor o mayor expresión, llevaban a la identificación de una incapacidad. Estos asaltos se expresaban visualmente, tanto en sus momentos de actividad como en sus consecuencias y así lo hicieron saber los peritos.

La demencia senil, ampliamente diagnosticada en procesos de interdicción, implicaba diferentes etapas de desarrollo y manifestación de la enfermedad. Ciertamente no se nacía senil, pero se reconocía que las condiciones de la vida o una predisposición orgánica podían empujar a adelantar un proceso que se pensaba bastante compartido, como por ejemplo la “vejez prematura”, a la que conducía el consumo excesivo de alcohol⁵⁷. Sea en una etapa intermedia o avanzada de esta condición, los médicos hicieron uso de una amplia retórica por medio de la cual presentaron al deterioro físico como uno de los signos centrales de esta perturbación.

Hacia 1886, cuando los doctores Olegario Silva y Eduardo Lira se presentaron en la casa de Jacoba Aguilar y Urbina para evaluar su estado mental, se encontraron como ellos mismos describieron, con una mujer

57. Ernestina Pérez, *Conferencia sobre el Alcoholismo dada en el Club de Señoras* (Santiago: Imprenta Universitaria, 1920), 11.

postrada, de cutis seca, apergaminada y delgada, surcadas por numerosas y antiguas arrugas, el pelo casi completamente cano, el círculo senil de los ojos manifiestos y su boca carente de la mayor parte de la dentadura⁵⁸. Sin separarse de esta imagen, establecieron que Jacoba, con más de ochenta años, tenía la memoria perdida, no reconocía a sus parientes inmediatos, había olvidado sus nombres y no podía explicar lo que acababa de hacer o hablar.

De manera similar, trece años más tarde, cuando Eduardo Lira se presentó en compañía del doctor Eduardo Donoso en la casa de Úrsula Ballester, volvió a describir a la imputada desde su cuerpo anciano, el cual mostraba “todos los caracteres de la senilidad mas avanzada”. Su cutis era duro, seco y apergaminado, los músculos y las arterias se encontraban atrofiados y el círculo senil de la córnea muy desarrollado. Para ellos, su estado no hacía más que confirmar las consecuencias del “curso de la vida”, producto “del trabajo orgánico y del desgaste natural del mecanismo humano”, diferentes a las demencias surgidas “ya sea por lesiones orgánicas del cerebro o por vesanias”⁵⁹. Úrsula, quien contaba al momento del juicio con noventa y tres años, padecía además de problemas en su memoria, había expresado cambios en sus patrones afectivos —pues ya no mostraba sentimientos religiosos—, la voluntad estaba debilitada, el sueño era escaso y tenía alucinaciones en la vista y en los oídos.

La evaluación de la demencia senil habla de la importancia de la edad en la apreciación del cuerpo y en la interpretación de la locura, así como de las categorías usadas para nombrarla y organizarla. Como un abogado apuntaba, la locura adquirida era poco usual antes de los quince años, se incrementaba en los veinte y alcanzaba una mayor frecuencia durante

los treinta y los cuarenta, tiempo en los cuales se expresaban los mayores cambios en el carácter, el hábito y los afectos⁶⁰. Cada edad tenía sus peligros y sus enfermedades peculiares, así como sus afecciones mentales más características⁶¹. El rol del médico consistía en establecer e identificar la desviación de la “norma” que se ejecutaba a cierta edad. A diferencia de otras edades, la vejez emergió en el discurso médico no como espacio para la escenificación de ciertos problemas, sino más bien como problema en sí misma, cuyos rasgos constitutivos se asemejaban peligrosamente a la demencia senil. Congruentemente, la descripción del cuerpo viejo parecía retratar eso, un cuerpo gastado y anciano. Así se incorporaba al lenguaje científico cuadros fisonómicos cotidianos, legitimando la medicalización de la vejez y patologizando los cambios que las capacidades, afectos y voluntades comenzaban a experimentar con el paso del tiempo⁶². Ejemplo de esto es la importancia que adquirió la demencia senil como enfermedad, oficializada en los diagnósticos del

58. “Interdicción de D. Jacoba Aguilar y Urbina” (1886), en AHNCH, *Judicial de Santiago*, leg. 177A, pieza 1, f. 10.

59. “Interdicción por Demencia” (1898), en AHNCH, *Judicial de Santiago*, leg. 251, pieza 3, f. 3.

60. Humberto Molina Luco, *Enajenaciones Mentales* (Valparaíso: Imprenta Lillo y Cortés, 1905), 8.

61. En el contexto europeo esta idea fue presentada por Pat Thane, “Geriatrics”, en *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, ed. W.F. Bynum y Roy Porter, vol. 2 (London & New York: Routledge, 1993), 1102.

62. Sobre la vejez, Margaret Pelling y Richard Smith, eds., *Life, death, and the elderly. Historical perspectives* (London: Routledge, 1991).

manicomio de Santiago y tomado como el único desorden específico asociado a la vejez en las estadísticas del país⁶³. El entendimiento de la demencia senil como enfermedad degenerativa ciertamente restringió el uso de otros criterios de diagnóstico en adultos mayores cuya capacidad fue constantemente puesta en entredicho en procesos de interdicción⁶⁴.

A MODO DE CIERRE: EXPERTOS E INTERDICTOS

El problema de la naturalización del cuerpo, entendido en sus múltiples dimensiones, ha sido ampliamente abordado por la teoría feminista, la perspectiva de género y los trabajos centrados en el control social. Discutir el modo como la ciencia ha hecho uso de las interpretaciones corporales existentes en la práctica médica permite, por un lado, analizar la manera como la medicina ha reducido conceptualmente el cuerpo a ciertos tipos, con profundas consecuencias en los diagnósticos en torno a lo sano y lo enfermo, a lo adecuado y lo incorrecto, y por otro, enmarcar el uso del discurso y abordar los conflictos y vacíos que se expresan en su uso.

El estudio de la figura del especialista como testigo permite comprender algunas lógicas y ampliar el análisis de los cambios que expresa el conocimiento médico en su uso cotidiano. Es posible proponer que los médicos emitieron sus diagnósticos marcados por la tensión entre la necesidad de entender las enfermedades mentales como entidades patológicas articuladas a cuadros clínicos y la subjetividad propia que atribuían a la enfermedad encarnada en hombres y mujeres, jóvenes, adultos y ancianos. También es importante reconocer en la esfera de la práctica lo que se puede llamar los conocimientos activados, canalizados por los deseos, temores, necesidades, apremios y entusiasmos de quienes hicieron uso de ellos.

Categorías tales como la debilidad de espíritu o la demencia senil respondieron a las ambiciones de una modernidad urbana y discursivamente letrada que presionaba sobre aquellos que no parecían insertarse en los nuevos códigos, más aún de aquellos que habían sido formados para cumplirlas. La caracterización de la debilidad de espíritu suponía ser capaz de identificar la frágil frontera que separaba a personas que congénitamente no tenían la capacidad para desarrollar ciertos caracteres, con aquellos que no lo habían hecho por una falta de recursos o accesos. La tipificación de la demencia senil daba cuenta de las fronteras que separaban a la locura de la debilidad física y mental, y evidenciaba el lugar que la sociedad podía llegar a conferir a quienes manifestaban un agotamiento de sus capacidades. La interdicción descartaba civilmente a quienes ya poco

63. El diagnóstico de demencia senil gradualmente comenzó a ser utilizado en diferentes instancias. Mientras José Ramón Elguero no consideró la demencia senil entre los diagnósticos de la Casa de Locos en 1863, Manuel Segundo Beca en 1885 la incluyó junto a una gama de nuevas categorías. Manuel Segundo Beca, *Movimiento de la Casa de Orates*, 30.

64. Siguiendo el sistema de clasificación instalado en 1900 por el estadista francés Jacques Bertillon, 1289 personas fueron identificadas como dementes seniles en 1907; 1189 en 1908 y 1435 en 1909. Ricardo Boza, "Demografía en general y de las ciudades y puertos principales", en *Higiene y Asistencia Pública en Chile. Homenaje de la Delegación de Chile a los Delegados Oficiales a la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas*, ed. Pedro Lautaro Ferrer (Santiago: Imprenta Litografía y Encuadernación Barcelona, 1911), 130.

parecían poder aportar, no sólo dentro de un concepto cívico, sino también familiar. Los peritos respaldaron dichas apreciaciones intentando posicionarse como expertos, administradores de un instrumento central para la preservación del orden familiar y social. Así, reconocieron en varias ocasiones la necesidad de declarar una incapacidad, no a raíz de una condición posible de identificar, sino como corolario de la importancia de proteger el buen uso de los derechos que permitían ejercer la patria potestad, contraer matrimonio, testar, administrar los bienes y realizar una serie de contratos, entre varios otros. Reconocían la importancia de vigilar y ordenar lo desviado, con el objeto de asegurar la reproducción social de las familias de una renovada élite sustentada no sólo en el latifundio, sino en la actividad profesional burócrata y comercial, y de paso posicionar su propio saber y autoridad profesional.

A inicios del nuevo siglo dos nuevos marcos aportaron al debate sobre el lugar del cuerpo en la evaluación pericial, tensionando de paso la observación clínica y el encuentro médico-paciente. La creciente influencia de la anatomía patológica, así como la intervención del laboratorio y sus tecnologías en el entendimiento de problemas neurológicos llevaron a la introducción de nuevas técnicas e interpretaciones, de la mano de la extensión de la institución manicomial y la formalización de la ciencia médico-legal. Así por ejemplo, las lecturas del cuerpo se articularán con nuevos lenguajes, categorías y técnicas como el test de *Wassermann* ante la sospecha de sífilis usada en la década de 1910. Por otro lado, la influencia de los juristas italianos en la apreciación de la capacidad civil mantuvo y reforzó el examen antropológico, articulando su mirada reguladora con el interés moderno expresado en otras disciplinas por clasificar y ordenar los cuerpos. En el curso del siglo la fisonomía continuó ofreciendo un flexible sustrato interpretativo de la enfermedad mental, enlazándose con las diferentes tendencias teóricas y las explicaciones causales que circulaban en el período. Este diálogo contribuyó a la proliferación de la mirada profesional que siguió presentando (no sin problemas) al cuerpo como plataforma de lectura científica de lo desviado y lo normal.

Bibliografía

FUENTES PRIMARIAS

ARCHIVO:

Archivo Histórico Nacional de Chile (AHNCH), Santiago-Chile. Fondo *Judicial de Santiago*.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS:

Anales de la Universidad de Chile. Santiago, 1862 y 1881.

Crónica Médica. Concepción, 1893.

El Mercurio Chileno. Santiago, 1828.

El Mercurio de Valparaíso. Valparaíso, 1834.

La Semana. Santiago, 1860.

Revista Chilena. Santiago, 1877.

Revista del Pacífico. Valparaíso, 1860.

Revista Médica de Chile. Santiago, 1872, 1874, 1877, 1880, 1893 y 1901.

DOCUMENTACIÓN PRIMARIA IMPRESA:

Amunátegui, Manuel, editor. *Código Civil de la República de Chile*. Valparaíso: Imprenta y Librería del Mercurio, 1865.

Beca, Manuel Segundo. *Medicina sobre las enfermedades mentales en Chile*. Santiago: Imprenta Nacional, 1885.

Beca, Manuel Segundo. *Movimiento de la Casa de Orates de Santiago Segundo semestre de 1899*. Santiago: Imprenta de Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1900.

Boza, Ricardo. "Demografía en general y de las ciudades y puertos principales". En *Higiene y Asistencia Pública en Chile. Homenaje de la Delegación de Chile a los Delegados Oficiales a la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas*, editado por Pedro Lautaro Ferrer. Santiago: Imprenta Litografía y Encuadernación Barcelona, 1911, 111-133.

Código de Procedimiento Civil de la República de Chile. Santiago: Imprenta Barcelona, 1902.

Código de Procedimiento Penal de la República de Chile. Santiago: Imprenta Cervantes, 1906.

Ferrer, Pedro Lautaro. *Historia general de la medicina en Chile*. Talca: Imprenta Talca, 1904.

Miranda, Roberto, editor. *Disposiciones Vigentes en Chile sobre Policía Sanitaria y Beneficencia Pública*. Santiago: Roberto Miranda Editor, 1889.

Molina Luco, Humberto. *Enajenaciones Mentales*. Valparaíso: Imprenta Lillo y Cortés, 1905.

- Orrego Luco, Augusto. *Recuerdos de la Escuela*. Buenos Aires: Editorial Francisco de Aguirre, 1976.
- Pérez, Ernestina. *Conferencia sobre el Alcoholismo dada en el Club de Señoras*. Santiago: Imprenta Universitaria, 1920.
- Puga Borne, Federico. *Compendio de Medicina Legal adaptado a la legislación chilena*. Santiago: Imprenta Cervantes, 1896.
- M.A.C. *Reforma de las Instituciones Médicas*. Santiago: Imprenta del Ferrocarril, 1856.
- Salas, Eduardo. *Historia de la medicina en Chile*. Santiago: Imprenta Vicuña Mackenna, 1894.
- Vera, Robustiano. *La Jurisprudencia Práctica de nuestros Tribunales de Justicia*. Santiago: Imprenta de los Debates, 1888.
- Vera, Robustiano. *Prontuario de Enjuiciamiento Criminal*. Santiago: Imprenta Victoria, 1884.

FUENTES SECUNDARIAS

- Aguirre, Carlos. "Delito, raza y cultura: El desarrollo de la criminología en el Perú (1890-1930)". *Diálogos en Historia* 2 (2000): 179-206.
- Bassa, Daniela. "Insania y Justicia en el Territorio Nacional de la Pampa Argentina (1880-1930)". *Frenia* 3: 1 (2003): 31-65.
- Borges, Dain. "Puffy, Ugly, Slothful and Inert: Degeneration in Brazilian Social Thought, 1880-1940". *Journal Latin American Studies* 25 (1995): 235-256.
- Camus, Pablo. "Filantropía, medicina y locura: la casa de orates de Santiago 1852-1894". *Historia* 27 (1993): 89-140.
- Collier, Simon. *Chile: the making of a Republic, 1830-1865. Politics and Ideas*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- Correa Gómez, María José. "Exceso Nervioso, Locura y Ciencia Médica en Chile urbano (1840-1860)". *Anales Chilenos de Historia de la Medicina* 18: 2 (2008): 151-167.
- Correa Gómez, María José. "Violencias ejercidas en los cuerpos enajenados: encierro terapéutico y privación de derechos civiles. Chile central (1850-1870)". *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* (2009). URL: <http://nuevomundo.revues.org/57798> Puesto en línea: 29/11/2009.
- Cruz Coke, Ricardo. *Historia de la Medicina Chilena*. Santiago: Editorial Andrés Bello, 1995.
- De Ramón, Armando. "La justicia chilena entre 1875 y 1924". *Cuadernos de Análisis Jurídico* 12 (1989): 9-59.
- Di Liscia, Silvia y Daniela Bassa. "Médicos, Jueces y Locos. Sobre Peritaje de Insania y Justicia en el Interior Argentino, 1890-1930". *Horizontes, Braganca Paulista* 21 (2003): 15-26.

- Di Liscia, Silvia. "Mujeres, Locura e Incapacidad Civil en Argentina, 1890-1920". *Aljaba, Nueva Época* 8 (2003): 89-105.
- Fernández, Marcos. *Prisión Común, Imaginario Social e Identidad, 1870-1920*. Santiago: Editorial Andrés Bello/Dibam, 2003.
- Foucault, Michel. *La vida de los hombres infames, ensayos sobre desviación y dominación*. Buenos Aires: Altamira, 1990.
- Guzmán, Alejandro. *Historia de la Codificación Civil en Iberoamérica*. Cizur Menor, Navarra: Universidad de Navarra/Garrigues Cátedra, 2006.
- Hartley, Lucy. *Physiognomy and the meaning of expression in nineteenth-century culture*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- Martínez Pérez, José. "Catalogando la diversidad del comportamiento humano: La nosología francesa decimonónica ante las conductas delictivas (1800-1855)". *Asclepio XLVIII*: 2 (1996): 87-114.
- Mirow, Matthew C. "Borrowing Private Law in Latin America: Andres Bello's use of the Code Napoléon in Drafting the Chilean Civil Code". *Louisiana Law Review* 61 (2000-2001): 291-329.
- Murdock, Carl. "Physicians, the State and Public health in Chile, 1881-1891". *Journal of Latinamerican Studies* 27: 3 (1995): 551-567.
- Pearl, Sharrona. *About Faces, Physiognomy in Nineteenth-Century Britain*. Cambridge y Londres: Harvard University Press, 2010.
- Pelling, Margaret y Richard M. Smith, editores. *Life, death, and the elderly. Historical perspectives*. London: Routledge, 1991.
- Pick, Daniel. *Faces of Degeneration: A European Disorder, c. 1848-1918*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- Roa, Armando. *Demonio y Psiquiatría. Aparición de la Conciencia Científica en Chile*. Santiago: Andrés Bello, 1974.
- Sacristán, Cristina. "Locura y Justicia en México. La Psiquiatría, la Familia y el Individuo Frente a la Modernidad Liberal: El Caso Raygosa (1873-1877)". Tesis de Doctorado en Historia. Universitat Rovira i Virgili, 1999.
- Sander, Gilman. *Health and Illness: Images of Difference*. London: Reaktion Books, 1995.
- Serrano, Sol. *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX*. Santiago: Editorial Universitaria, 1994.
- Thane, Pat. "Geriatrics". En *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, volumen 2, editado por W.F. Bynum y Roy Porter. London and New York: Routledge, 1993. 1092-1115.
- Zimmermann, Eduardo. "Racial Ideas and Social Reform: Argentina, 1890-1916". *Hispanic American Historical Review* 72: 1 (1992): 24-46.

