

Resumen de *La Castañeda* de Cristina Rivera Garza

Ileri Larios

Muchos son los estudios que han intentado reconstruir el escurridizo pasado del Manicomio General con el objetivo de conocer y comprender las prácticas, ideas e historias que permitieron el desarrollo de la psiquiatría en México y que, distorsionadas a través del tiempo, dieron paso a la leyenda que permanece en el imaginario colectivo.

Cristina Rivera Garza¹ ha dedicado gran parte de su vida a la investigación de este lugar. Su libro *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930* aporta información detallada y relevante de la historia del recinto y de las personas que lo habitaron.

En la introducción, explica cómo sus palabras nacieron de otras que se encontraban ocultas entre los archivos clínicos. En las líneas manuscritas o mecanografiadas de los viejos expedientes, la autora reconoce una estrecha relación entre médicos e internos que surge a partir de las narraciones que los pacientes hicieron de sus padecimientos. El expediente médico se convierte, pues, en el repositorio de indecibles dolencias, duras pérdidas y profundos sufrimientos: un pequeño pero significativo espacio que registra para la posteridad la existencia de vidas olvidadas. Así pues, el discurso de los internos motiva la escritura de Rivera Garza, quien advierte al lector que el propósito del libro no es “*dar voz a los sujetos históricos que cuentan [...] con voz propia*” (15),² sino “colocar al paciente [...] en el centro de la historia” (24).

El primero de los siete capítulos que conforman el libro presenta el contexto político, económico y social que definió el nacimiento del Manicomio General. En 1883, con Porfirio Díaz en el poder, comenzaron los proyectos de construcción, los cuales se prolongarían por

¹ Originaria de Matamoros, estudió Sociología en la UNAM y se doctoró en Historia Latinoamericana en la Universidad de Houston. Ha sido reconocida en varias ocasiones con los premios mexicanos más prestigiosos gracias a su importante y vasta obra que abarca distintos géneros, entre los que se encuentran la novela, el cuento, el ensayo y la poesía.

² Rivera Garza, Cristina. *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*. México: Tusquets, 2010.

más de 20 años. Los encargados de elaborar, revisar y aprobar el proyecto se inspiraron en las experiencias de hospitales psiquiátricos extranjeros, principalmente de Estados Unidos y Francia, y las adaptaron a las condiciones y necesidades del país.

La creación del manicomio formó parte de una serie de políticas de urbanización con miras a la modernización del Estado. Las ideas de orden y progreso dictaban la nueva configuración de la capital del país como un ejemplo de vanguardia. Gran cantidad de obras públicas –entre ellas el manicomio– se llevaron a cabo para respaldar y afirmar el carácter moderno del régimen.

El proyecto final fue presentado por los ingenieros Luis De la Barra y Salvador Echegaray en 1905. En él se especificaban dimensiones, distribución y función de los distintos edificios y se contemplaban aspectos relacionados con el personal y las actividades médicas y administrativas. Era una propuesta ambiciosa que requería grandes sumas de dinero para su realización y mantenimiento.

En el porfiriato, la ciudad de México era una amalgama de individuos cultural, social y económicamente separados. Esta característica se incorporó al manicomio que, desde sus orígenes, estuvo marcado por la división. Construido en terrenos alejados del centro urbano (en el entonces pueblo de Mixcoac) para evitar **contagios**, el hospital nació separado del mundo exterior. Del mismo modo, los espacios internos fueron diseñados para mantener la distancia entre los internos, clasificándolos de acuerdo con su sexo, edad, **posición moral**, tipo de demencia y nivel económico (44). Rodeados de amplios jardines, los 25 edificios reflejaban las ideas porfirianas de un orden social jerárquico.

El complejo arquitectónico se distinguió por su majestuosidad y belleza afrancesada. En el edificio de Servicios Generales, el más representativo del lugar, se encontraban las oficinas administrativas, el pabellón de observación, la sala de fotografía, la farmacia (que raras veces estaba bien surtida), la cocina, un teatro, una biblioteca y otros servicios (59). Cada pabellón albergaba personas del mismo sexo con la misma enfermedad. Un interno podía ser diagnosticado como alcohólico, pacífico, imbécil, peligroso, epiléptico, etc. En la enfermería se llevaban a cabo las terapias de electrochoque, mientras que, para las terapias acuáticas, se construyó una zona con albercas, tinas de baño y regaderas. El manicomio también contaba con huertos, establos, talleres, una cancha de básquetbol, un laboratorio y un anfiteatro.

Poco tiempo después de la inauguración de La **Castañeda**,³ la Revolución estalló, impidiendo que el moderno proyecto pudiera cumplir cabalmente sus funciones. Las constantes revueltas generaron una crisis que atacó duramente el hospital: a la falta de recursos económicos, materiales y humanos se sumó el **incremento de internos debido a la indigencia** provocada por los movimientos armados. A pesar de algunos intentos de rescate por parte de las autoridades del hospital en años posteriores, el paulatino deterioro del flamante recinto fue irreversible. **Con la llamada Operación Castañeda**, el hospital-asilo fue desmantelado y destruido para dar paso a nuevos hospitales psiquiátricos y a las granjas para alienados, distribuidas en diferentes puntos de la República Mexicana.

El capítulo segundo describe la vida del personal del hospital y de los internos: sus rutinas, sus actividades y responsabilidades, así como las reglas y restricciones a las que fueron sometidos para mantener el orden y las buenas conductas.

El hospital requería una cantidad considerable de trabajadores dadas sus dimensiones y su función como hospital-asilo. El puesto más importante lo ocupaba un médico psiquiatra que el Estado, a través de la Secretaría de Gobernación, designaba como director. Después estaba el administrador-contador,⁴ otro médico psiquiatra que se encargaba del presupuesto, la supervisión de los empleados y los reportes estadísticos. Por su parte, el jefe del departamento de admisiones era responsable del archivo de la institución, entre otras cosas.

El primero en la jerarquía médica era el director, seguido del jefe de residentes, del que dependían dos médicos residentes. También estaban los jefes de departamento de hombres y mujeres que supervisaban el trabajo de cinco médicos externos. Generalmente, las funciones médicas eran desempeñadas por los dos médicos residentes y los cinco externos, esto es, siete médicos para atender una población aproximada de mil internos, cifra calculada en los primeros años de vida del manicomio (76). A los enfermeros, que podían ser de primera o segunda categoría, se les exigía una actitud profesional, aunque no tuvieran entrenamiento, pues su trabajo era indispensable para brindar una buena atención a los pacientes; sin embargo, percibían sueldos bajísimos. Lo mismo sucedía con los asistentes,

³ Se inauguró el 1 de septiembre de 1910.

⁴ El administrador-contador ganaba un sueldo más alto que el director, aunque dependía de él.

quienes apoyaban a los enfermeros y se dedicaban a la limpieza, alimentación y contención de los internos por un sueldo miserable.⁵

La mayor parte del personal debía permanecer en el hospital las 24 horas del día en fechas determinadas previamente. No podían tener contacto entre ellos, sobre todo entre mujeres y hombres, a menos que se tratara de asuntos estrictamente laborales, pues era necesario evitar comportamientos indecentes.

La separación para impedir las conductas moralmente inadecuadas también se aplicó entre los internos. Las mujeres ocupaban el lado este del manicomio y los hombres el oeste. En la admisión de los internos intervenía el Estado, la Inspección Policiaca y la familia. Para que una persona pudiera ser registrada, la institución solicitaba un documento médico oficial que justificara el internamiento. Una vez adentro, el interno era despojado de sus pertenencias, rapado y uniformado⁶ (este procedimiento no se cumplía con el que pagaba una mensualidad). Tenía una rutina diaria que incluía las visitas médicas y actividades laborales, lúdicas y deportivas. Por lo general, los internos eran jóvenes de entre 20 y 40 años que no contaban con recursos económicos y carecían de una red de apoyo (83). Para muchos de ellos, La Castañeda fue un refugio; para otros, un lugar de violencia y explotación laboral. A pesar de que para poder salir se requería la autorización de un médico, algunos internos aprovechaban la falta de personal de vigilancia para abandonar el hospital.

El tercer capítulo hace un recuento de los mexicanos que, con su experiencia práctica y sus investigaciones, contribuyeron a impulsar el interés por el estudio y el tratamiento de las enfermedades mentales. Uno de ellos fue el doctor Miguel Alvarado, superintendente del Divino Salvador,⁷ quien realizó estudios sobre la epilepsia y el alcoholismo en las mujeres. Mariano Rivadeneyra, alumno de Alvarado, también colaboró con el desarrollo de la psiquiatría al considerar que los disturbios mentales eran producto del desenfrenado avance de la modernización, fenómeno que afectaba a todos por igual, pero que se agudizaba en

⁵ El administrador-contador ganaba 300 pesos mensuales (75), mientras que los enfermeros y asistentes recibían 1.50 pesos y 70 centavos diarios, respectivamente (78 y 79).

⁶ El uniforme de los hombres era azul, dato que me obliga a pensar en la paradoja de este color en la historia de los manicomios: para los internos italianos, es el color de la libertad; para los internos mexicanos, el del encierro.

⁷ También conocido como “La Canoa”, fue un hospital de la época de la colonia que atendía mujeres con problemas mentales.

algunas personas debido a su posición social y a la educación recibida. Por su parte, José M. Álvarez, médico del Hospital San Hipólito,⁸ apoyaba los métodos coercitivos, como el aislamiento y la camisa de fuerza y, en menor grado, las actividades lúdicas y laborales, así como las prácticas religiosas.

Pero los médicos no eran los únicos especialistas interesados en los problemas mentales. Criminólogos y abogados estudiaban las desviaciones conductuales que intervenían en la ejecución de actos violentos, relacionándolas frecuentemente con la falta de trabajo y el alcoholismo, condiciones asociadas a las clases bajas.

A principios del siglo XX, algunos análisis sobre criminalidad, como el que publicó el abogado Julio Guerrero,⁹ contribuyeron a reforzar la idea de que los actos criminales eran resultado de la locura provocada por la pobreza. Guerrero defendía la intervención de múltiples factores (ambientales, geográficos, evolutivos, hereditarios) en la degeneración de las clases inferiores, condición que les impedía interactuar saludablemente en ambientes civilizados. El abogado señaló la necesidad de aislar y castigar a los inadaptados para controlar y corregir sus degenerados comportamientos. El enfermo mental se convertía así en un peligroso criminal que atentaba contra la salud, el orden y el progreso de la nación.

Mientras tanto, estos “criminales”, ajenos a los apasionados discursos y profusos tratados en los que aparecían como protagonistas, eran reclusos casi siempre contra su voluntad por una solicitud gubernamental (115). El diagnóstico de una posible enfermedad iniciaba entre los encargados del orden, como la policía, quienes enviaban al manicomio a los que deambulaban por las calles con actitudes impropias (alcohólicos, prostitutas, indigentes). Las familias de los internos también participaban activamente en los procesos de confinamiento, aunque de manera indirecta, a través de un certificado médico que podían obtener a bajo costo en las oficinas de la policía.

El manicomio representó para muchas familias una oportunidad para deshacerse de sus familiares indomables; al mismo tiempo, fue un alivio para los que no tenían los medios necesarios para hacerse cargo de sus parientes enfermos; de igual manera, significó una esperanza para aquellos que deseaban la recuperación de su ser querido.

⁸ Hospital del México colonial exclusivo para hombres. Sus pacientes fueron trasladados, junto con las del Divino Salvador, a La Castañeda.

⁹ En su libro *La génesis del crimen en México. Estudio de psiquiatría social*, publicado en 1901 (105).

La población del hospital era muy diversa: personas de todas las edades y clases sociales, de diferentes partes del país, con ocupaciones muy variadas, vivieron entre los muros del inmenso lugar. La enfermedad con más registros durante los primeros años del manicomio fue la epilepsia, seguida del retraso mental y la demencia precoz. La locura moral¹⁰ también fue uno de los principales padecimientos mentales durante la primera década del siglo XX. Los médicos¹¹ elegían este diagnóstico cuando las mujeres, a causa de su rebeldía e insumisión, demostraban una evidente incapacidad para seguir las normas de la decencia dictadas por la sociedad porfiriana.

En el capítulo cuarto se presentan breves historias de vida de algunas internas, a veces narradas y escritas por ellas mismas, otras registradas en citas indirectas anotadas por los médicos. Se trata de crudos testimonios que muestran situaciones de vida similares: conflictos familiares, violencia física y psicológica, abandono.

La narración que Luz escribió de su padecimiento, seguida de las impresiones del residente Agustín Torres, es sólo un ejemplo de la cercana, aunque tensa relación que se estableció entre médicos e internas, ajena a la que solía presentarse en los estudios científicos. Estos contactos eran poco frecuentes y no eliminaban las jerarquías institucionales; sin embargo, revelan una activa intervención de las internas en la elaboración de sus expedientes. Para Cristina Rivera Garza, las palabras de estas historias clínicas –la descripción de la interna y la interpretación del médico– no son discursos opuestos, sino “textos de múltiples voces en los cuales ambos actores implicaron y entretejieron sus propias concepciones relacionales de cuerpo, mente y sociedad” (131).

Con el paso del tiempo, diagnósticos y expedientes médicos experimentaron cambios importantes, no tanto por los avances médicos, sino como reflejo de la caótica situación del país. La proximidad médico-paciente se diluyó a partir de 1930 cuando los psiquiatras, apegándose al discurso revolucionario que preconizaba el progreso y el bienestar social, y anhelando el reconocimiento de su profesión, consideraron necesario **elaborar expedientes**

¹⁰ James Prichard la atribuyó a las personas que distinguían el bien del mal, pero que no podían controlar los impulsos malignos (123).

¹¹ Varones en su mayoría; los registros de personal solo reportan la presencia de una doctora en 1915. (Nota 17 del capítulo II)

con un contenido menos subjetivo que demostrara la seriedad y el valor científico de su trabajo. Para ello, eliminaron las conversaciones con las pacientes y diseñaron un formato estándar, escrito a máquina y no a mano, al que añadieron pruebas de laboratorio, indispensables para justificar sus diagnósticos que, por cierto, ya no completaban con observaciones personales.

El alcoholismo y el consumo de drogas, asociados con la criminalidad y la pobreza, se colocarían entre las enfermedades más comunes, sobre todo en los varones, mientras que la locura moral sería sustituida por la sífilis, enfermedad igualmente ligada a las conductas inmorales de las internas y que, en ese entonces, se consideraba una epidemia a nivel nacional.

El quinto capítulo repasa la historia de la fotografía en México, haciendo hincapié en su uso como herramienta de división y clasificación social. Desde 1839, cuando las primeras cámaras llegaron al país (189), la fotografía proporcionó información valiosa de rostros y cuerpos que permitió definir y afirmar tanto lo socialmente deseable (el poder, la riqueza, la educación y la salud) como lo indeseable (la pobreza, la ignorancia y la enfermedad). Las clases altas acudían a los estudios fotográficos para obtener la preciada tarjeta de visita que confirmara su posición social privilegiada; vestimenta, peinados, poses y escenografía, aseguraban un lugar importante en el álbum familiar y en la historia visual del país. Mientras tanto, los fotógrafos errantes¹² recorrían la provincia en busca de la toma perfecta de paisajes y pueblos, documentando el aspecto de las clases pobres: pieles oscuras protegidas por rebozos y sombreros.

El retrato oficial se usó por primera vez en las cárceles mexicanas, lo que dio inicio al sistema de identificación y registro para clasificar y controlar. El historial del delincuente iba acompañado de dos fotos (una de frente y otra de perfil hasta los hombros) sin pose y con una iluminación uniforme para neutralizar las expresiones faciales (197). De este modo, la apariencia del convicto se estandarizaba para ofrecer a la sociedad el nuevo rostro del crimen.

Esta unidad visual que daba forma a los miedos más profundos de la élite porfiriana (la pobreza, la criminalidad, la degeneración) se reprodujo en los retratos de los internos del manicomio. En el libro de registro y en la parte superior del expediente, cientos de fotos

¹² La autora menciona el trabajo de Charles B. Waite (192).

ovales de las más variadas fisonomías y expresiones representan una colección de rostros curiosamente similares que, en la misma posición y bajo el mismo foco, confirman el afán de crear “imágenes visuales estables de la demencia” (213).

Además de los retratos oficiales de los pacientes, otro tipo de fotografías ayudó a uniformar la fachada de la locura y, de paso, a promover la importancia de la psiquiatría. Médicos de semblantes serenos, limpios y bien vestidos, al lado de pacientes despeinados, harapientos y en posturas descompuestas, acentuaban la diferencia entre orden y desorden, entre superioridad e inferioridad: dicotomías que respaldaban los discursos modernizadores del progreso y el bienestar social.

En el sexto capítulo, el lector tiene acceso al expediente de Marino García, minuciosamente analizado por la autora. Todo lo hasta ahora expuesto sobre la relación médico-paciente, la elaboración del expediente y la intervención del interno en la creación de su historial médico se condensa hábilmente en las líneas de estas páginas.

Acompañado de un individuo no identificado, Marino García llegó al manicomio a finales de octubre de 1919 por haber golpeado en la cara a un general. Después de 12 años de internamiento fue dado de alta abruptamente, solo para regresar 10 años después. En el primer expediente, escrito a mano, la autora identifica el estrecho contacto entre médico y paciente, contacto que desaparece en el documento siguiente, ahora mecanografiado y con un formato burocrático. Una década más tarde, la forma de registro se muestra mucho más profesional: redacción, diagnóstico, anotaciones, entre otros elementos, evidencian una **evolución positiva en el ejercicio de la psiquiatría.**

Esta profesionalidad permitió conservar la narración de Marino como él la pronunció, sin embargo, su historia, como muchas otras, no suele ser relevante para los estudios históricos, cuya atención se dirige a los individuos que, se cree, han sido agentes sobresalientes en los acontecimientos importantes del pasado. La autora cuestiona esta tendencia y señala la necesidad de ampliar el concepto de agente. Tras leer cientos de expedientes, reconoce el sufrimiento como una constante en las narraciones de los padecimientos e insiste en su valor como experiencia social y cultural, esencial en la reconfiguración de la historia. El acto del sufrimiento otorga a los sufrientes un papel decisivo como actores vitales –y no víctimas pasivas– de los procesos históricos. Eclipsados por los

rostros bronceados de la historia, las múltiples formas en las que “identifican, soportan y desenmascaran las fuentes de su desgracia” (243) han sido sistemáticamente ignoradas por la mayor parte de los historiadores. Rivera Garza concibe al interno de La Castañeda como un agente trágico, pues afirma que “el sufrimiento destruye pero también confiere dignidad, un estatus moral más alto, a quien sufre” (243).

El séptimo y último capítulo del libro contiene algunas reflexiones acerca del papel del historiador como transmisor de la memoria colectiva, así como la propuesta de un modo alternativo de escribir la historia.

Para Cristina Rivera Garza es posible y deseable que los libros de historia enfocados en acumular secuencias de eventos se sustituyan por textos que establezcan un diálogo con el lector a través de una escritura **menos rigurosa**, producida de manera etnográfica. El historiador dispuesto a experimentar este tipo de escritura deberá transitar por caminos distintos; uno de ellos consiste en reconocer la imposibilidad de contar la historia tal como pasó, ya que, por lo general, esta se compone de una serie de situaciones contradictorias, diálogos interrumpidos y rutas abiertas, que impiden tener la versión final de los hechos (258). En el caso de los internos de La Castañeda, la intención de narrar cómo pasaron las cosas en sus vidas es estéril, puesto que en sus expedientes confluyen **multitud** de escrituras que vierten diferentes perspectivas en torno a sus internamientos –la del médico, el policía, el familiar, el paciente mismo– y, por lo tanto, impiden la formulación de una versión única.

La producción de un texto etnográfico también solicita el empleo de estrategias narrativas que rompan con la rigidez lineal del libro histórico académico. Para ello, el historiador tiene a su alcance los principios del collage, cuya función es “sostener tantas versiones como sea posible y colocarlas tan cerca una de la otra como para provocar el contraste, el asombro, el gozo” (260).

Es vital, pues, que el escritor del nuevo libro de historia identifique y acepte todas las versiones accesibles y las integre orgánicamente, con el objetivo de ofrecer una lectura fluida y flexible que no imponga conclusiones absolutas ni pretenda ofrecer todas las respuestas. La escritura histórica etnográfica contiene en sí misma un no-saber que la convierte en “un espacio apto para albergar la marca de lo que no se entiende o de lo que cada vez se entiende menos y cada vez con mayor incertidumbre” (262), generando mecanismos de reflexión y

crítica que promueven una constante interacción y retroalimentación entre el escritor, el lector y la historia.

Material adicional:

- Para ver algunas fotografías del Manicomio General:
<https://local.mx/ciudad-de-mexico/castaneda-hospital-psiquiatrico>
- Un documental de Canal Once sobre La Castañeda (tiene mala calidad):
<https://www.youtube.com/watch?v=U8EcKm1EZfo>
- Un fragmento de un documental de TV UNAM sobre La Castañeda (¿se podrá conseguir?): <https://www.youtube.com/watch?v=Dad7zV7sbBM>
- Un catálogo de la obra del fotógrafo errante Charles B. Waite:
<http://academiasancarlos.unam.mx/galerias/exposiciones/img/Catalogo%20Waite.pdf>
- Para escuchar un cuento de Cristina Rivera Garza:
<https://descargacultura.unam.mx/en-voz-de-cristina-rivera-garza-11033>
- Dos joyas de la historia visual mexicana. Este es el México de La Castañeda:
<https://www.youtube.com/watch?v=Sb9Q1HjVUdE>
<https://www.youtube.com/watch?v=I9pbP6XAqPY>