



**Por el bien de la  
economía nacional.  
Trabajo terapéutico  
y asistencia pública  
en el Manicomio de  
La Castañeda de la  
ciudad de México,  
1929-1932**

*For the good of the  
nation's economy:  
Therapeutic work and  
public assistance at La  
Castañeda asylum in  
Mexico City, 1929-32*

Cristina Sacristán

Doctora en Antropología  
Instituto Dr. José María Luis Mora (Instituto Mora)  
Plaza Valentín Gómez Farias no. 12,  
Colonia San Juan Mixcoac, 03730, México,  
Distrito Federal, México.  
csacristan@mora.edu.mx

SACRISTÁN, C.: Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932.

*História, Ciências, Saúde – Manguinhos*,  
v. 12, n. 3, p. 675-92, set.-dez. 2005.

El Manicomio de La Castañeda de la Ciudad de México, fundado en 1910, enfrentó hacia 1930 el problema de su masificación debido al elevado número de pacientes crónicos que hacían ver a la institución como un depósito de enfermos más que como un espacio terapéutico. Esta circunstancia condujo a la psiquiatría a su primera crisis de legitimidad como ciencia. Con el objetivo de combatir la leyenda negra en torno al manicomio, los médicos de La Castañeda promovieron la difusión en la prensa de un tratamiento de origen decimonónico que proyectaba la imagen pública de que los enfermos mentales podían tener la misma capacidad productiva que el resto de los hombres: la terapéutica por medio del trabajo. Esta propuesta contó con el apoyo del Estado emanado de la revolución mexicana porque el objetivo que guiaba la asistencia pública a los grupos más desprotegidos consistía en lograr su integración a la vida productiva del país a través del mercado, lo que se obtenía en el caso de los enfermos mentales a través de la terapia ocupacional.

PALABRAS-CLAVE: manicomios; profesión psiquiátrica; terapia ocupacional; México.

SACRISTÁN, C.: For the good of the nation's economy: Therapeutic work and public assistance at La Castañeda asylum in Mexico City, 1929-32

*História, Ciências, Saúde – Manguinhos*,  
v. 12, n. 3, p. 675-92, Sept.-Dec. 2005.

Founded in 1910, by 1930 Mexico City's La Castañeda insane asylum was grappling with the problem of a massive number of chronic patients, a situation that earned it an image as a warehouse for the sick more than a place of treatment. Psychiatrists endeavored to restore the asylum's legitimacy by publicizing a nineteenth-century treatment which projected the public image that the mentally ill could be as productive as anyone else: work therapy. The government born of the Mexican revolution supported this proposal because the guiding objective behind public assistance for underprivileged groups was to make them part of the country's productive life via the market.

KEYWORDS: insane asylums; psychiatric profession; work therapy; Mexico.

*... los nobles que con desprecio y altivez  
desdeñan todo trabajo mecánico, tienen  
también la funesta ventaja de perpetuar  
su insensatez y su delirio.*

Philippe Pinel (1801)

Uno de los grandes retos que la psiquiatría enfrentó como parte de su proceso de institucionalización durante el siglo XIX fue el de su eficacia terapéutica. Demostrar que contaba con el conocimiento científico y la capacidad técnica para atender el amplio espectro de padecimientos que podían caber dentro del concepto de locura o alienación mental, constituyó parte del trayecto que le permitió reclamar el monopolio oficial de su tratamiento. Sin embargo, esta legalidad, construida desde los poderes públicos, no bastó para persuadir a los profanos; tal y como ocurrió con otras actividades profesionales, fue necesario crear un mercado de clientes potenciales (los pacientes y sus familias) y convencerlos de los servicios ofrecidos por estos nuevos especialistas. Por tratarse de una 'profesión de consulta' debió desplegar un poder de atracción sobre el público receptor, pero también sobre el resto de la profesión médica y de la sociedad en general. Aunque en un inicio la fuente más importante de atracción se encontraba en el fundamento científico de sus prácticas, fue preciso hacer patente su eficacia terapéutica para mantener la confianza del público en este colectivo profesional.<sup>1</sup>

La psiquiatría hubo de responder a este desafío en momentos muy distintos; uno de ellos tuvo lugar durante la segunda mitad del siglo XIX cuando en Europa y los Estados Unidos los manicomios comenzaron a manifestar porcentajes muy elevados de enfermos crónicos, considerados incurables por los propios médicos.<sup>2</sup> En la ciudad de México, este mismo fenómeno se presentó en la década de 1930 en el Manicomio de La Castañeda, cuyas puertas se abrieron el 1 de septiembre de 1910 con la seguridad de que el país estaba viviendo un hito histórico en materia de tratamiento a los enfermos mentales, al contar con una institución moderna a la altura de los países civilizados. El estallido del movimiento revolucionario, apenas dos meses después de esta magna apertura, dio lugar a la promulgación de una nueva constitución en 1917 que hizo suya la idea de un Estado fuerte e intervencionista, con capacidad para elaborar programas sobre los grupos más vulnerables de la sociedad, donde, desde luego, se incluían aquéllos que requerían de auxilio en materia de salud (Hamilton, 1983, p. 17).

Pocos años después este proyecto parecía haber fracasado, al menos en el manicomio, justamente por el elevado número de pacientes crónicos que hacían ver a la institución como un depósito de

<sup>1</sup> Castel, 1980. Freidson, 1978, p. 9-39 y p. 83-7 analiza la profesión médica pero su interpretación puede hacerse extensiva a la psiquiatría como parte de la medicina. Sobre las distintas posiciones teóricas en torno a la institucionalización de la psiquiatría, véase Huertas, 2002. A manera de advertencia, debo señalar que si bien durante los años que analizamos en este trabajo todavía se usaba en México el término 'alienismo' ya se ha introducido el de 'psiquiatría', por lo que nos referiremos a este último con mayor frecuencia.

<sup>2</sup> La bibliografía sobre la masificación de los manicomios alimentada por la cronificación de los pacientes es muy extensa. Véase una síntesis en Shorter, 1997, p. 33-68.

enfermos más que como un espacio terapéutico. Ante estas circunstancias, los médicos desplegaron una campaña en la prensa de la capital con el fin de convencer a ese público profano de su capacidad profesional y recuperar la legitimidad perdida. Para ello, resucitaron un viejo tratamiento decimonónico que en su época de oro – a inicios del siglo XIX – constituyó un pilar del optimismo médico, pero que con el paso del tiempo acabó por ser destinado sobre todo a los incurables: la terapéutica por medio del trabajo. Ante tal hecho, es inevitable preguntarse por qué la psiquiatría mexicana decidió emprender la transformación de su imagen pública mediante un tratamiento recientemente asociado con los pacientes crónicos. La clave para entender esta aparente contradicción se encuentra en la noción de curabilidad sostenida por el psiquiatra que encabezó este proyecto entre 1929 y 1932, el doctor Samuel Ramírez Moreno. Desde su perspectiva, los enfermos mentales podían convertirse en factores activos de la producción mediante el trabajo, condición que permitiría su posterior reintegración a la sociedad. Esta visión de la enfermedad encontró eco en el tipo de asistencia que el nuevo Estado emanado de la revolución se creía obligado a brindar a la sociedad: aquella que, en vez de limitarse a paliar las necesidades más apremiantes de los grupos desprotegidos, los integrara a la vida productiva.

En este trabajo analizaremos de qué manera una propuesta terapéutica construida desde la psiquiatría confluyó con el modelo de sociedad anhelado por los gobiernos posrevolucionarios.

### **El trabajo: de terapéutica promisorio a ocupación para incurables**

El empleo de la actividad física para recuperar la salud a través de los ejercicios gimnásticos o el juego fue conocido desde las antiguas civilizaciones. Su valor radicaba en la creencia de que la inactividad conducía a la enfermedad, de ahí la necesidad de mantener el cuerpo en movimiento, sobre todo mediante actividades lúdicas que al mismo tiempo suponían la recreación de la mente. En particular, debemos a los árabes la introducción de la música y la danza como cura de almas en los hospitales para locos (Foucault, 1982, t. 1, p. 187-9; Durante, 1998, p. 31). La incorporación del trabajo mecánico, ya fuera agrícola o artesanal, al listado de los medios para alcanzar el tan ansiado movimiento, fue mucho más tardía pues necesitó una valoración positiva del trabajo que contrarrestara la imagen heredada por el cristianismo. La cosmovisión cristiana elaborada desde la Edad Media concibió el trabajo como castigo divino a la desobediencia del hombre, de ahí que en tanto expiación sólo tuviera sentido como medio para salvar el alma. De esta manera, al asociarse con el esfuerzo, el cansancio

y el sufrimiento, el trabajo contribuía a la mortificación del cuerpo. Por el contrario, el descubrimiento que hiciera la Ilustración del trabajo como fuente de riqueza, y la certeza de que el hombre podía alcanzar un mayor bienestar durante su existencia terrenal gracias a los dividendos generados por éste, condujo a su valoración por parte de la burguesía. Frente al desprecio que la nobleza sentía por el trabajo, y en particular por las labores manuales, la clase burguesa encontró allí muchas virtudes, pues combatía vicios como la ociosidad, alejaba al hombre del tedio – compañero fiel de la enfermedad –, y favorecía una vida ordenada al introducir la disciplina (Groethuysen, 1981, p. 304-19). Por su valor moral y económico, el trabajo fue considerado una actividad idónea para implantarse en instituciones como los hospicios y las cárceles (Dörner, 1974, p. 168-71).

Pero ¿cómo llegó el trabajo a convertirse durante el siglo XIX en el más importante ‘medio moral’ para el tratamiento de la locura confinada? En sus orígenes, la ocupación por medio del trabajo formó parte del muy conocido ‘tratamiento moral’, un tipo de procedimiento psicológico nacido al calor del movimiento filantrópico que durante la segunda mitad del siglo XVIII, primero en Italia y después en Inglaterra y Francia, procuró humanizar el trato dado a los enfermos mentales. Frente a los tradicionales medios ‘físicos’ de contención de la locura como las jaulas o las cadenas, el tratamiento moral apelaba a mover en el paciente sus resortes emocionales para transformar su conducta sin necesidad de recurrir al uso de la fuerza. Este método de acercamiento partía de la creencia de que era posible entablar una relación terapéutica con el loco gracias al resto de razón que aún le quedaba (Espinosa, 1966, p. 22-3; Quérel, 1996, p. 67-87; Shorter, 1997, p. 9-16; Gibson, 1998, p. 535-6). Para uno de sus fundadores, el francés Philippe Pinel, el trabajo mecánico era “el único medio de mantener la salud, las buenas costumbres y el orden” en muchas instituciones, pero sobre todo en los hospitales de locos. Su valor residía en el hecho de que mantenía ocupado al enfermo al liberarlo del estado de ociosidad que lo sometía a una vida sin objeto; ejercitaba las facultades del entendimiento aletargadas por la inactividad o bien fijadas en una sola idea, motivo del delirio; favorecía la circulación al impedir congestiones en la cabeza; ayudaba a lograr un sueño reparador después de un duro día de trabajo; y conservaba el orden y la disciplina evitando la vigilancia odiosa de un régimen interno de policía (Pinel, 1988, p. 180-1, 193-5; véase también Gauchet et al., 1980, p. 174-88). Pero además, el trabajo constituía “un signo de dignidad humana” pues permitía al individuo ganarse la vida. Por ello, advertir en un paciente el deseo de volver al trabajo fue percibido por Pinel como una evidencia muy alentadora de su recuperación. Por estas razones el ‘trabajo terapéutico’, que se acompañaba de un módico pago, representaba el punto de enlace entre el aislamiento

tras los muros de un manicomio y “la realidad de la vida social”. Al confrontar al enfermo con algunas situaciones que enfrentaría al momento de su salida cuando tuviera que reincorporarse al mercado laboral, dicha terapéutica facilitaba el tránsito entre el hospital y el mundo exterior (Weiner, 2002, p. 209-15).

Además de la ocupación por medio del trabajo, los otros dos ejes que regían el tratamiento moral eran una estricta reglamentación de la vida en común con el resto de los internos y una cercanía entre médico y paciente que favoreciera cierta identificación psicológica con la voluntad del médico (Castel, 1975, p. 71-96; Castel, 1980, p. 29; Álvarez et al., 1993, p. 45-6; Donzelot, 1981, p. 27-51).

La segunda mitad del siglo XIX cambiará el panorama respecto al optimismo del tratamiento moral. Si bien se constató la disminución y, en algunos casos, la desaparición de los abusos cometidos con los pacientes, como ya dijimos comenzó a incrementarse el número de enfermos crónicos. Además, esta masificación impedía la comunicación tan estrecha que debía existir entre el médico y su paciente, y dificultaba la conservación del orden sin emplear métodos violentos. La consecuencia lógica de esta tendencia fue la pérdida de la confianza en el asilo como instrumento terapéutico y la búsqueda de nuevas formas de atención que redujeran el aislamiento, como las colonias agrícolas donde los internos podían desplazarse ‘libremente’ por los extensos campos de cultivo, o los hospitales de ‘puertas abiertas’ que no rompían el vínculo con la familia. En este intento por ofrecer alternativas terapéuticas, la reflexión sobre la enfermedad mental se dirigió también hacia sus causas, pues parecía impostergable contar con una explicación para el incremento en el número de pacientes, que pasó en cada institución de unos cientos a principios del siglo XIX a miles al iniciar la siguiente centuria. Identificar la causalidad de la locura y a los potenciales enfermos constituía un primer paso para prevenir o evitar la enfermedad. En este proceso, las posiciones ‘psicologistas’ sobre la concepción de la enfermedad empezaron a ser sustituidas por las corrientes somaticistas que adquirieron gran fuerza a partir de la segunda mitad del siglo, infundiendo un rayo de esperanza en la curación del paciente (Álvarez et al., 1993, p. 44-54; Shorter, 1997, p. 36-68).

Estas corrientes somaticistas trajeron cambios en la concepción del trabajo como medio terapéutico. A medida que la gran esperanza abierta por el tratamiento moral a principios del siglo XIX se desvanecía, el trabajo comenzó a verse como una estrategia dirigida a los pacientes incurables, destinados a un encierro permanente. Además de mantenerlos ocupados en alguna actividad, la riqueza generada con su trabajo podía contribuir a su propio sustento. Durante el siglo XIX y aún en el XX fue muy frecuente que manicomios y colonias agrícolas destinaran grandes extensiones de

terreno para los trabajos del campo y talleres para manufacturas artesanales e industriales en Europa, Estados Unidos y América Latina. Curiosamente, quienes promovieron esta forma de tratamiento insistieron en la necesidad de preservar el contenido terapéutico del trabajo, dejando en segundo lugar la utilidad económica que significara para la institución, de ahí que la organización del mismo no debía estar guiada por el afán de lucro. Sin embargo, la percepción del trabajo como medio terapéutico se enfrentó muy pronto con los beneficios económicos derivados de tener una población grande (cientos o miles de brazos) dedicada a actividades muy redituables (agrícolas, artesanales, domésticas) a cambio de un pago simbólico. Frente a la carencia presupuestal que solía caracterizar a estos establecimientos y el desarrollo cada vez más acelerado de la economía capitalista, los propósitos teóricos en relación con las enfermedades mentales pasaban a segundo término. Al pretender ser autofinanciables, estas instituciones llegaron a alargar las estancias de los enfermos con el fin de seguir disponiendo de mano de obra ya entrenada, incluso después de haber mostrado signos de mejoría. Evidentemente, las críticas hacia esta forma disfrazada de explotación no se hicieron esperar. La obligatoriedad del trabajo frente al carácter voluntario defendido por sus fundadores, el chantaje al paciente mediante la obtención de pequeños privilegios, o la elección del tipo de trabajo a realizar a partir de las necesidades de la institución sin considerar las inclinaciones de los internos, son los aspectos más oscuros de esta terapéutica que también se implantó en México.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Quien primero llamó la atención sobre la rentabilidad con que operaban instituciones fue Lanteri-Laura, 1972, p. 565-8. Véase también Castel, 1980, p. 264-5. Para España, véase Comelles, 1997, p. 90-101; para América Latina, véase Ruiz, 1994, p. 76-77; Vezzetti, 1985, p. 66-79; Eraso, 2002, p. 33-63; Sacristán, 2003, p. 57-65. Para Estados Unidos, véase Grob, 1994, p. 63-6; para la India, Mills, 1999, p. 413-29.

<sup>4</sup> Con el paso del tiempo también recibieron agudos, es decir, enfermos con brotes recientes. Sacristán, 2003, p. 57-65.

México, como tantos otros países, siguió las tendencias ensayadas en el viejo continente, pues tanto en los hospitales de origen colonial como en el 'moderno' Manicomio de La Castañeda los enfermos trabajaban. Si bien la terapéutica por medio del trabajo se estableció desde la fundación misma del manicomio (Ramos et al., 1998, p. 19-25), con el tiempo se abandonó para recuperarse de nuevo en la década de los treinta como parte de una gran reforma médica y administrativa que pretendió recuperar la legitimidad perdida, de ahí que se acompañara de una amplia difusión en la prensa de la capital, como ya dijimos (Sacristán, 2005). De hecho, en el propio manicomio nació la idea de un modelo terapéutico fincado en el trabajo de los enfermos que se constituyó en pilar de la política de salud mental en México entre 1945 y 1968, al establecerse durante esos años once de las llamadas Granjas de Recuperación para Enfermos Mentales Pacíficos destinadas a los pacientes crónicos.<sup>4</sup>

### Locos que parecen cuerdos

Hoy sabemos que el Manicomio de La Castañeda se estableció llevado por la inercia histórica, pues aunque algunas voces consideraban que el modelo de aislamiento basado en los grandes

manicomios ya era obsoleto, prevaleció la idea de que México debería contar con una institución de este tipo como había ocurrido en otros países. Para salvar las diferencias entre los miembros de la comisión encargada de elaborar el proyecto, el modelo terapéutico escogido, “reclusión completa en manicomios cerrados”, debía incluir la “suficiente extensión de terreno, que haga desaparecer la idea del claustro, expancie el ánimo de los asilados y sirva para que se entreguen al trabajo de horticultura y floricultura”. El trabajo agrícola crearía en los internos la sensación de libertad al introducir un sistema intermedio entre la reclusión en un manicomio y los modelos que rechazaban someter al paciente a un aislamiento prolongado (Morales, 1898, t. 2, p. 890).

La misma impresión causa la lectura del reglamento de La Castañeda, el cual contempló el trabajo pero sin un fundamento terapéutico. Así, se puede leer que “*todos los asilados no pensionistas* capaces de ello se dedicarán durante su permanencia en el manicomio a las labores que se les señalen como medio de tratamiento”, entre las cuales, la manufactura en los talleres y el cultivo del campo.<sup>5</sup> Podrá notarse que no todos los internos estaban obligados a trabajar pues los ‘pensionistas’, que pagaban una cuota mensual, quedaban exentos; de esta manera, el trabajo era forzoso sólo para aquéllos cuyo sostén económico dependía por completo del Estado. Bajo estas consideraciones, el trabajo no estaba inspirado por ninguna razón de orden médico, sino más bien administrativa: quienes no pagaban debían trabajar, en una suerte de intercambio por la asistencia recibida.

En 1929 el proyecto de volver a hacer productivos los extensos campos de cultivo con que contaba La Castañeda y de restablecer los antiguos talleres estuvo a cargo de su director, el doctor Samuel Ramírez Moreno, el psiquiatra más reconocido en ese momento, quien se encontraba muy preocupado por el deterioro del manicomio. Sin embargo, como transformaciones de esta índole debían contar con la aprobación de la Beneficencia Pública – la institución de la que dependía administrativamente el manicomio –, ésta intervino en la organización del trabajo. El análisis de la posición defendida por Ramírez Moreno frente al trabajo terapéutico como un medio para recuperar la credibilidad de la psiquiatría, mostrará los puntos de confluencia con la postura asumida por la Beneficencia Pública, un ejemplo de la concepción de la asistencia que se estaba gestando durante esos años en el marco del Estado posrevolucionario.

Así las cosas, cuando a mediados de 1930 se formó una comisión encargada de establecer el trabajo en una comunidad que superaba los 2.000 internos (AHSSM, FMG, SA, leg. 43, exp. 4), la Beneficencia Pública les pidió a sus miembros que formularan un proyecto “dando atención preferente a los aspectos educativo y terapéutico, *pero*

<sup>5</sup> Este reglamento fue aprobado en 1913 y aunque tuvo modificaciones posteriores, éstas no afectaron a la terapéutica por el trabajo. Véase AHSSM, FBP, SEH, SeMG, leg. 3, exp. 25, artículo 28. Las cursivas son mías.

*sin descuidar el lado comercial del asunto; de tal manera que al mismo tiempo que los enfermos trabajen para su mejoramiento físico y mental, se obtengan resultados comerciales".* En dicha comisión participó un psicólogo que tenía a su cargo la Sección de Psicognosis de la Beneficencia Pública, quien destacó que en las instituciones de beneficencia la situación era "de una muy pesada carga para la sociedad". Aceptaba como inevitable la existencia de enfermos incurables que permanecerían hasta el fin de sus días bajo el cuidado del Estado, pero en contrapartida podían establecerse algunas medidas que aliviaran la carga social:

No todos los enfermos son curables pero los incurables pueden trabajar. No todos pueden vivir en sociedad, pero en grupos aislados pueden prestar algún servicio. No todos pueden competir en igualdad de condiciones con sus congéneres, pero bajo la dirección y con ayuda *pueden devolver cuando menos parte de lo que cuestan a la sociedad.* No todos están en condiciones de producir, pero pueden aprender cuando menos a atender a su persona para disminuir el costo de sus guardianes. (AHSSM, FBP, SEH, SeMG, leg. 15, exp. 1. Las cursivas son mías.)

Ante la imposibilidad de deshacerse de cientos de pacientes que jamás se reintegrarían a la sociedad, quedaba la alternativa de disminuir la obligación que éstos representaban procurándoles un medio que contribuyera a su propio sustento. Así, en la estrategia por reducir el presupuesto destinado al manicomio se decidió que la división del trabajo tomara en cuenta "el grado de vigilancia requerida" sobre cada uno de los internos, ya que el número de vigilantes "para controlar, conducir y estimular el trabajo de los enfermos" implicaba un gasto. Lejos de establecerse un criterio terapéutico en función de las habilidades que podían recuperar los internos, todo el peso estaba puesto en su grado de docilidad. Las actividades a realizar también se hallaban atravesadas por consideraciones económicas pues se trataría principalmente de dos funciones: "participación en labores domésticas del establecimiento" y "trabajo de taller o de campo con fines comerciales". Estas labores suponían un ahorro muy considerable por concepto de salarios a los empleados y de compras para cubrir la alimentación. Pero además generaban una ganancia, pues una vez satisfechas las necesidades de la institución los productos agrícolas y los manufacturados se vendían (Ibid).

De hecho, cuando el manicomio entregó uno de los informes a la Beneficencia Pública con el fin de conocer qué resultados estaba dando el trabajo de los enfermos, el doctor Valverde León, encargado de este proyecto, señaló que los internos habían sustituido "a la mitad del personal remunerado" en la hortaliza con la consiguiente economía para la institución. Por otro lado, como las enfermas



destinadas a los talleres se negaban a trabajar si no se les pagaba – indicio de su buen juicio –, ideó una forma de pago en especie a partir de las propias manufacturas elaboradas por ellas:

Con un gasto ínfimo puede establecerse un curso de repostería para las enfermas, y los productos que se obtengan del mismo y que no se vendan, pueden repartirse entre los enfermos: además puede obsequiárseles los sombreros que ellos mismos se confeccionan; y de vez en cuando, darles dulces y cigarros, pañuelos, camisas, etc., lo que constituirá indudablemente un estímulo muy apreciado para los enfermos. (AHSSM, FBP, SEH, SeMG, leg. 14, exp. 7)

Bajo esta modalidad de pago en especie “la Beneficencia no desembolsaría un solo centavo” y ahorraría en el presupuesto asignado al manicomio. Por ello, solicitó a Valverde que en la programación de los gastos para el siguiente año incluyera las plazas necesarias para el personal encargado de instruir a los enfermos, así como los útiles indispensables pues “el objeto es, como usted sabe, comenzar a hacer algo para que las instituciones produzcan, cosa desatendida hasta ahora” (Ibid.). En un informe posterior se observa la continuación de esta práctica, pues frente a la variedad de tareas que podían realizar los enfermos se decidió “establecer aquellos trabajos que para su ejecución no ameriten ninguna o, cuando menos, poca erogación para su establecimiento” (AHSSM, FBP, SEH, SeMG, leg. 15, exp. 5).

Aunque no contamos en este momento con datos precisos sobre los ingresos obtenidos por el manicomio, sabemos que en relación con el cultivo de hortalizas, verduras y leguminosas, después de satisfacer la demanda interna, el resto de la producción se vendía “de acuerdo con los precios del mercado” a otras instituciones de la Beneficencia Pública como al Hospital General, a la Casa Cuna, al Hospital Juárez y al Internado Nacional Infantil, entre otras; es decir, que el manicomio llegaba a la autosuficiencia en este rubro pues el excedente se comercializaba (Alfaro et al., 2003, p. 42-4).

Además de las tareas domésticas donde suplían a los empleados, las internas realizaban manufacturas en los talleres de tapetes persas, pintura y pirograbado, modas y confecciones, lencería, trabajos de bejuco y mimbre, tejidos, sarapes y rebozos. En el caso de los hombres, a las tareas en el campo se le sumaban los talleres de carpintería, encuadernación, juguetería, pintura, sastrería, zapatería y objetos de fibra, en una clara división sexual del trabajo que reforzaba los roles de género asignados socialmente a hombres y mujeres (Beneficencia, 1934, p. 365-6).

Frente a esta visión de la Beneficencia Pública sobre el trabajo de los enfermos, Ramírez Moreno poseía sus propias ideas. Con

motivo del III Congreso de la Asociación Médica Panamericana realizado en la ciudad de México en el verano de 1931, es decir, al calor de las reformas que vivía el manicomio, Ramírez Moreno participó con una ponencia que tituló “La terapéutica por medio del trabajo y los deportes en los enfermos mentales”, donde expuso sus ideas sobre este tratamiento a partir de experiencias procedentes de Holanda, Francia, Rumania y Argentina que conoció por la lectura de revistas internacionales (Ramírez Moreno, 1933).

Ramírez Moreno confiaba en la eficacia del trabajo muy al estilo del viejo “tratamiento moral”: “es innegable para todos los que han observado los efectos de la laborterapia en los enfermos mentales, que ésta es verdaderamente efectiva”, pues con ella desaparece la agitación nocturna, se conserva el orden y la disciplina, se evita el ‘enclaustramiento’ y los ‘medios bruscos de sujeción’, se combate el ocio y la inactividad, disminuyen las fugas, los pacientes deprimidos se vuelven emprendedores, y los delirantes logran sustraerse de sus perturbaciones para concentrarse en el trabajo (Ibid., p. 115 y 119). Desde esta perspectiva, el trabajo se hallaba privado de cualquier valor productivo, de manera que se imponía como valor moral, como sumisión al orden, como forjador de hábitos, respondiendo a las técnicas disciplinarias de los manicomios y de otras instituciones de encierro.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> La interpretación clásica es la de Foucault (1982). Véase también Mills, 1999, p. 409-13.

Pero además de estas bondades, para Ramírez Moreno, el trabajo “coloca al insano en la calidad de hombre y procura reintegrarlo al medio social, o, a lo menos, hace de él un ser útil para sí y aun para los demás”. También afirmaba que “la mayor parte de los enfermos mentales” podían “ser capaces de transformarse en seres útiles y desarrollar actividades semejantes a las de los sanos”. Aunque aquí compartía la posición de la Beneficencia respecto a la necesidad de que el enfermo mental participara del proceso productivo por el valor económico que representaba, difería sutilmente pues el trabajo tenía un valor por sí mismo, más allá de la riqueza generada. Así, el trabajo contribuía a la realización personal del individuo al grado de que aprobaba la idea de engañar al paciente si con eso se creaba en él la sensación de que era útil: “si de modo general debe procurarse que la labor o industria del alienado sea útil”, “médicamente [tiene] la misma significación un objeto bien confeccionado y vendible, que otro malo o inútil”. Así, debía remunerarse “no sólo a los que realicen trabajos útiles, sino a todos aquellos que desempeñen labores, aunque no tengan utilidad inmediata” pues “da al enfermo la doble impresión de que recibe el precio de su esfuerzo y puede disponer del fruto de su trabajo” y “acerca la vida del enfermo en el asilo a lo que es la vida ordinaria” (Ramírez Moreno, 1933, p. 117 y 119).

Como puede notarse, Ramírez Moreno intentaba que el enfermo se sintiera útil y creyera que estaba haciendo una aportación a

la sociedad porque, a la larga, crear en la mente de un paciente la *ilusión* de que estaba siendo un elemento productivo de la sociedad tendría sus efectos terapéuticos. Desde esta perspectiva heredada de la Ilustración, el trabajo estaba visto como una categoría económica que al generar riqueza permitía al individuo satisfacer sus necesidades y, en este sentido, contribuir no sólo a su conservación, sino a la de la sociedad (Méda, 1998, p. 51-61).

Además de la ocupación por medio del trabajo, Ramírez Moreno introdujo los deportes y las actividades artísticas como parte de la terapia ocupacional. Partidos de baloncesto y voleibol, tablas gimnásticas, conciertos, recitales de canto, exposiciones de pintura y representaciones dancísticas tuvieron lugar durante esos años como parte del programa de recreación de los pacientes. Aunque estas actividades no generaban ningún ingreso, lograr que individuos, generalmente considerados una carga para las familias, tocaran instrumentos, participaran en competencias deportivas o desfilaran de manera uniforme transmitía una imagen diferente, la de que en efecto estaban en proceso de ser reintegrados a la sociedad (Sacristán, 2005).

Como dijimos al inicio, Ramírez Moreno pensó que este proyecto terapéutico podía ser parte de la estrategia de cara a la sociedad para limpiar la imagen de la psiquiatría. De hecho, en el artículo mencionado haciendo alusión a la terapéutica ocupacional, Ramírez Moreno señaló que “esta misión necesita trascender fuera de las paredes del frenocomio, para que llegue al conocimiento de la sociedad y ésta fije un poco su atención en la conducta actual de la terapéutica psiquiátrica, y vaya modificando la errónea opinión que siempre ha tenido del enajenado” (Ramírez Moreno, 1933, p. 119). Para conseguirlo desplegó una campaña periodística en varios diarios de la capital donde con abundante uso de fotografías, los lectores podían apreciar el progreso de los enfermos, constatar su transformación “en seres útiles” y su capacidad para “desarrollar actividades semejantes a las de los sanos”.<sup>7</sup>

En poco tiempo esta campaña logró su efecto. Así, uno de los periódicos aseguraba en la primavera de 1932 que:

Ya no es, el Manicomio de la Castañeda, un monstruoso hacina-  
miento de desecho humano, sino a la vez que una casa de salud,  
un inmenso taller en donde el trabajo calma las torturas de los  
cerebros perturbados y aquieta gratamente los espíritus enfer-  
mos ... su organización responde a los más altos modelos de  
famosos manicomios extranjeros. En el nuestro, se ha introducido  
el trabajo, los ejercicios físicos y las expresiones de arte como  
medios curativos. (AHSSM, FBP, SI, SeH, libro 2)

Con motivo de un festival, el Manicomio abrió sus puertas al público para dar a conocer los avances obtenidos. En su nota, los

<sup>7</sup> Sacristán, 2005. El análisis de las actividades deportivas y artísticas, y de la fotografía como fuente será motivo de otro trabajo.

periodistas dieron cuenta de la sorpresa de los visitantes, quienes “apenas daban crédito a que estos trabajos fuesen ejecutados por manos de seres perturbados de la razón” (Ibid.). La dedicación de las mujeres motivó el siguiente comentario:

Las mujeres son activos elementos de trabajo. Disciplinadas, las unas se ocupan de quehaceres domésticos; cocinan, barren, lavan, zurcen ropa y atienden a enfermas de más cuidado que ellas mismas. Realizan trabajos de bordado, deshilados, pintura, tejidos de mimbre, sombreros, muñecas de trapo y canastillas.

Tan admirables son las obras que ejecutan las mujeres del Manicomio, que en el extranjero mismo llaman poderosamente la atención ... desde varias naciones de Europa, pero particularmente de los Estados Unidos, se reciben pedidos de los trabajos de arte de nuestras alienadas. (Ibid.)

La calidad de los trabajos artesanales realizados por las mujeres fue tal que en 1938 formaron parte de la Exposición del Plan Sexenal en el Palacio de Bellas Artes y todos fueron vendidos (AHSSM, FMG, SA, leg. 5, exp. 10). Con hechos como estos, el Manicomio estaba logrando su propósito: transformar entre los sectores letrados, y acaso también frente a la administración pública, la imagen sobre los alcances terapéuticos de la psiquiatría.

No sabemos si Ramírez Moreno meditó alguna vez acerca de la fragilidad de una campaña para legitimar a la profesión psiquiátrica, construida al abrigo de un juicio tan volátil como el de la opinión pública de esos años. Así las cosas, en septiembre de 1932, casi cuatro años después de iniciado este proyecto, Ramírez Moreno fue obligado a renunciar a su cargo como director tras el ‘descubrimiento’ de la existencia de un casino en el interior del manicomio, posiblemente propiedad del director de la Beneficencia Pública, en ese entonces Francisco Ortiz Rubio, hermano del presidente de la república Pascual Ortiz Rubio.<sup>8</sup> Su sucesor en La Castañeda, Manuel Guevara Oropeza, continuó alentando el trabajo de los enfermos, pero quizá dejándose llevar por la política de la Beneficencia Pública que, acaso asediada por la precaria situación económica, debió llevar a límites insospechados su máxima de obtener la mayor ganancia con la mínima inversión, y mató a la gallina de los huevos de oro cuando el pago a los enfermos por su trabajo comenzó a disminuir, hasta desaparecer por completo.

Así, un año después de que Ramírez Moreno dejara la dirección del manicomio se hizo una evaluación de las labores de los enfermos:

En lo que se refiere a la retribución de los asilados que trabajan creo que debe gratificárseles o darles aunque sea una pequeña retribución ya sea en dinero, golosinas o cigarros. Pues es de lógica y justicia que *a estos alienados que dan un rendimiento que es*

<sup>8</sup> Para detalles de la renuncia, claramente debida a razones políticas, véase Sacristán, 2005.

*explotativo*, se les remunere en alguna forma, no por el trabajo devengado, sino que les sirva de aliciente, de estímulo y para que con agrado salgan a trabajar al campo o a los talleres, porque desgraciadamente con la experiencia ya adquirida y que lo estamos palpando diariamente sobre el asunto, con pena vemos, que muchísimos enfermos se niegan a salir a trabajar, porque no se les remunera con nada y esto es la verdad, implicando una sinrazón de ser. (AHSSM, FMG, SA, leg. 7, exp. 1. Las cursivas son mías.)

La falta de estímulo a los pacientes se manifestó en los números: mientras en agosto de 1931 Ramírez Moreno reportó que estaban trabajando 862 enfermos de un total de 2.000, es decir, el 43%, este porcentaje cayó al 9% en las mujeres y al 12% en los hombres en 1933.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Las cifras pueden verse en AHSSM, FBP, SI, SeH, libro 1 y AHSSM, FMG, SA, leg. 7, exp. 1.

### **Por el bien de la economía nacional**

De lo analizado hasta aquí se desprende que la Beneficencia Pública tenía como objetivo lograr que los internos dejaran de ser una carga para el Estado contribuyendo a su propio sostén económico, mientras que para Ramírez Moreno la meta era doble, pues pretendía mejorar la calidad de vida de los enfermos (e incluso curarlos), y proyectar la imagen pública de que podían tener la misma capacidad productiva que el resto de los hombres. En el primer caso se buscaba disminuir el presupuesto destinado por el Estado al manicomio merced al trabajo de los enfermos; en el segundo interesaba crear entre la opinión pública la percepción de que el loco estaba más cerca del hombre sano de lo que comúnmente se pensaba, y hacerle creer a él mismo en la posibilidad de reintegrarse a la sociedad. El lazo escogido para tender ese puente fue la capacidad para el desempeño de un trabajo, hecho que hacía pasar la curabilidad de la enfermedad mental por la productividad del paciente. No es casualidad que haya sido así en el marco de una economía capitalista que valoraba a las personas por su inserción en el proceso productivo, donde la “noción moderna de adaptación a la realidad” pasaba por el ejercicio de una “actividad socialmente valorada” como el trabajo (Vezzetti, 1985, p. 76). Al mostrar su capacidad productiva se proyectaba una imagen del loco que disminuía su otredad en tanto no había roto totalmente con el vínculo social, porque el fundamento de una sociedad armónica se encontraba en el trabajo. Con su contribución personal cada uno de los hombres apoyaba la generación de la riqueza y fortalecía la marcha hacia el progreso, base del bienestar y de la felicidad (Méda, 1998, p. 75-96). En este sentido el propósito de la psiquiatría de hacer ver a la sociedad que los enfermos mentales podían dejar de ser un lastre estaba encaminado a transformar la percepción pública tanto de la locura como de esta nueva ciencia.

Aunque asumir esta posición podía rendir sus frutos en el corto plazo, desde el punto de vista de la institucionalización de la psiquiatría como disciplina científica entrañaba un gran peligro, porque hacer depender la 'curabilidad' del loco de sus habilidades para el desempeño de un trabajo vaciaba de contenido médico la definición de la locura, enfocándola hacia una percepción social. Bajo esta perspectiva, la medicina optó por una noción de enfermedad mental que podía ser fácilmente comprendida por el lector de la prensa, un público letrado pero profano, y que al mismo tiempo satisfacía los intereses de la Beneficencia: hacer rendir cientos de brazos ociosos.

El hecho de que la pretensión de poner a trabajar a los internos de La Castañeda se iniciara en forma sistemática en 1929 podría hacernos creer que estuvo motivada y sostenida por un hecho de coyuntura: el pánico de Wall Street. Aunque ciertamente la economía mexicana resintió las consecuencias de la crisis de 1929, ya que el producto interno bruto cayó un 17.6% entre 1929 y 1932, ésta se recuperó "relativamente rápido de los efectos contraccionistas de la gran depresión", pues desde mediados de 1932 mostró signos de mejoría, manteniendo un ritmo de crecimiento durante el resto de la década (Cárdenas, 1987, p. 15-45). Por otro lado, la terapéutica por el trabajo no se abandonó cuando estos vientos más favorables animaron la economía interna, al tiempo que el manicomio recibió una fuerte inversión por parte del Estado para remodelar sus deterioradas instalaciones.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Alfaro, 2003, p. 52-4; Wilkie, 1987, p. 189-90. Para la inversión en el manicomio que tan sólo en el año de 1935 absorbió el 44.8% del gasto total destinado a instituciones de beneficencia, véase Secretaría, 1940, p. 239-63.

Si consideramos los anhelos de justicia social invocados por la constitución de 1917, la cual permitió jurídicamente la creación de un Estado fuerte con capacidad para actuar en beneficio de la mayoría de los habitantes a fin de aminorar las desigualdades sociales (González, 1993, p. 86-7), ¿cómo podemos explicar la política adoptada por la Beneficencia Pública en el manicomio donde la asistencia recibida debía ser recompensada por el trabajo de los internos?

En realidad, la política seguida en el manicomio no fue un hecho aislado, sino que formó parte de los programas de bienestar social de los gobiernos posrevolucionarios, los cuales estuvieron encaminados a transformar a la población en ciudadanos productivos en el marco de la competencia capitalista. La campaña contra la mendicidad que inició en 1930 en la ciudad de México es un buen ejemplo de ello, pues se instrumentó un programa destinado a ayudar a los mendigos a reintegrarse a la sociedad, el cual comprendía enviar a instituciones a los incapaces de trabajar, inculcar una ética del trabajo ligada al mercado en quienes pudiendo trabajar evitaban hacerlo, y educar a la población sobre los efectos perniciosos de dar limosna. El general Tapia, el nuevo director de la Beneficencia Pública designado para sustituir a Francisco Ortiz Rubio en 1932, reestructuró las instituciones a su cargo enfatizando la disciplina,

la responsabilidad y la productividad y elaboró un programa para crear centros industriales y agrícolas donde internar a los mendigos que fueran detenidos con miras a la producción para el mercado, de manera que el trabajo no sólo los rehabilitara moral sino económicamente (Ochoa, 2001, p. 39-64).

Se ha afirmado que el programa social contenido en la constitución de 1917 alcanzó un empuje considerable bajo el gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940), momento en que el Estado “redefinió su papel frente a las exigencias sociales”. Uno de los cambios más notorios habría sido el de transformar el mecanismo de ayuda a los pobres, el cual se había limitado a paliar sus necesidades más apremiantes, por la búsqueda de “su integración a la vida productiva del país”.<sup>11</sup> En efecto, en la *Memoria* donde se relatan los logros obtenidos durante su gobierno se puede leer que se “protegerá a los habitantes del país” considerados “débiles sociales”, entre ellos los enfermos de toda índole, por los inconvenientes que genera al individuo y a los familiares y “*por ser altamente perjudicial a la sociedad*, como quiera que las personas que se encuentran en esas circunstancias no son elementos activos de consumo, y con frecuencia están desprovistos de actividades de producción y, por consiguiente, *constituyen una carga para la sociedad y para el Estado*” (Secretaría, 1940, p. 20-1. Las cursivas son mías).

Podrá advertirse en estas líneas una concepción del derecho al socorro de los pobres donde el Estado conserva para sí el deber de asistirlos, pero no como titulares de ese derecho, sino en tanto miembros de una sociedad cuya conservación depende precisamente de que los pobres estén debidamente atendidos. Por ello, “en caso de insuficiente asistencia, no sería el pobre el que tendría acción contra el Estado, sino los demás elementos [de la sociedad] indirectamente dañados por tal descuido” (Simmel, 1986, p. 479-99, la cita en la p. 486).

Así las cosas, la propuesta elaborada por Ramírez Moreno en torno al trabajo como medio de curación en un momento de crisis de legitimidad de la psiquiatría mexicana, encontró un cauce propicio en el modelo de sociedad perseguido por los gobiernos posrevolucionarios, para quienes el problema de la marginación se resolvía por la incorporación al mercado, el lugar donde todos, pobres o ricos, locos o cuerdos debían encontrarse.

<sup>11</sup> Fuentes, 1998, p. 108-10. Esta misma opinión puede verse en González, 1985, p. 193-4 y en Alonso, 1993, p. 29-30.

Distintas versiones de este trabajo fueron presentadas en el Seminario de Historia Social y Cultural del Instituto Mora, en el Seminario de Historia Social y Cultural de la Salud del Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM y en el Seminario Permanente de Historia Social de El Colegio de México. Para todos los que asistieron a esas reuniones mi más sincero agradecimiento por lo mucho que ayudaron a mejorarlo. Agradezco también a los dictaminadores anónimos de la revista.

## ABREVIATURAS

AHSSM – Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México

FMG – Fondo Manicomio General

SA – Sección Administrativa

SEH – Sección Establecimientos Hospitalarios

SI – Sección Impresos

SeMG – Serie Manicomio General

SeH – Serie Hemeroteca

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro Guerra, Patricia  
Guadalupe; Nájera  
Juárez, José Luis  
2003 Terapias ocupacionales a los alienados internos en el Manicomio General de México, 1910-1940. *Cuadernos para la historia de la salud*. México: Secretaría de Salud, p. 29-57.
- Alonso Gutiérrez del  
Olmo, José Félix  
1993 De la caridad a la asistencia. Un enfoque de la pobreza y la marginación en México. In: *La atención materno-infantil. Apuntes para su historia*. México: Secretaría de Salud, p. 9-51.
- Álvarez, Raquel;  
1993 Enfermedad mental y sociedad en la Europa de la segunda mitad del siglo XIX. *Asclepio*, v. 45, n. 2, p. 41-60.
- Cárdenas, Enrique  
1987 *La industrialización mexicana durante la Gran Depresión*. México: El Colegio de México.
- Castel, Robert  
1975 El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX. In: García, Ricardo (coord.) *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral Editores. p. 71-96.
- Castel, Robert  
1980 *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: Ed. de La Piqueta.
- Comelles Esteban,  
Joseph M.  
1997 Reforma asistencial y práctica económica. De la crisis del tratamiento moral a la hegemonía del kraepelinismo. In: Basauri, Víctor Aparicio (comp.) *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*. Madrid: Ed. Libro del Año. p. 83-105.
- Donzelot, Jacques  
1981 Espacio cerrado, trabajo y moralización. Génesis y transformaciones paralelas de la prisión y del manicomio. In: Castel, Robert et al. *Espacios de poder*. Madrid: Ed. de La Piqueta. p. 27-51.
- Dörner, Klaus  
1974 *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*. Madrid: Taurus.
- Durante Molina, Pilar  
1998 Historia, filosofía y principios fundamentales de la práctica de la terapia ocupacional en salud mental. In: Durante Molina, Pilar; Noya Arnaiz, Blanca (coord.) *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*. Barcelona: Masson. p. 31-40.
- Eraso, Yolanda  
2002 El trabajo desde la perspectiva psiquiátrica. Entre el tratamiento moral y el problema de la cronicidad en el Manicomio de Oliva de Córdoba en las primeras décadas del siglo XX. *Cuadernos de Historia*. (Serie Economía y Sociedad, n. 5) Córdoba: Universidad de Córdoba. p. 33-63.
- Espinosa Iborra, Julián  
1966 *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*. Valencia: Instituto de Historia de la Medicina.



- Morales Pereyra, Samuel; Romero, Antonio; De la Barra, Luis L. 1898 Exposición y proyecto para construir un manicomio en el Distrito Federal que presenta ante la junta nombrada por el C. Ministro de Gobernación la comisión encargada de formarlo. *Memorias del 2º Congreso Médico Pan-Americano verificado en la Ciudad de México, D.F., noviembre 16, 17, 18 y 19 de 1896*. México: Hoeck, t. 2, p. 887-99.
- Foucault, Michel 1982 *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freidson, Eliot 1978 *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- Fuentes, Mario Luis 1998 *La asistencia social en México. Historia y perspectivas*. México: Ed. del Milenio.
- Gauchet, Marcel; Swain, Gladys 1980 *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris: Gallimard.
- Gibson, Diane 1998 Evolución de la terapia ocupacional. In: Hopkins, Helen L.; Smith, Helen D. (coord.) *Terapia ocupacional*. Madrid: Ed. Médica Panamericana. p. 535-43.
- González, María del 1993 La tradición jurídica intervencionista del Estado en México. In: Alvarado, Armando et al. *La participación del Estado en la vida económica y social mexicana, 1767-1910*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia. p. 55-92
- González Navarro, Moisés 1985 *La pobreza en México*. México: El Colegio de México.
- Grob, Gerald N. 1994 *The mad among us. A history of the care of America's mentally ill*. Cambridge: Harvard University Press.
- Groethuysen, Bernhard 1981 *La formación de la conciencia burguesa en Francia durante el siglo XVIII*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hamilton, Nora 1983 *México: los límites de la autonomía del Estado*. México: Era.
- Huertas, Rafael 2002 *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*. Madrid: Frenia.
- Lanteri-Laura, George 1972 La chronicité dans la psychiatrie française moderne. *Annales*, v. 27, n. 3, p. 548-68.
- Méda, Dominique 1998 *El trabajo, un valor en peligro de extinción*. Barcelona: Gedisa.
- Beneficencia Pública 1934 *Memoria de la labor realizada por la H. Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal. De septiembre de 1932 a agosto de 1934*. México: Ed. Cultura.
- Mills, James H. 1999 Reforming the Indian: Treatment regimes in the lunatic asylums of British India, 1857-1880. *The Indian Economic and Social History Review*, v. 36, n. 4, p. 407-29.
- Ochoa, Enrique C. 2001 Coerción, reform, and the Welfare State: the Campaign Against 'Begging' in Mexico City During the 1930s. *The Americas*, v. 58, n. 1, p. 39-64.
- Pinel, Philippe 1988 *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*. Madrid: Ed. Nieva.
- Quétel, Claude 1996 ¿Hay que criticar a Foucault?. In: *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. Buenos Aires: Paidós. p. 67-87.

- Ramírez Moreno, Samuel  
1933  
La terapéutica por medio del trabajo y los deportes en los enfermos mentales. *Memoria del III Congreso de la Asociación Médica Panamericana verificado en la ciudad de México del 26 al 31 de julio de 1931, bajo los auspicios del Departamento de Salubridad de México*. México: Departamento de Salubridad Pública. p. 115-23.
- Ramos de Viesca, Mari Blanca; Viesca, Carlos  
1998  
El proyecto y la construcción del Manicomio General de La Castañeda. *Salud Mental*, v. 21, n. 3, p. 19-25.
- Ruiz Zevallos, Augusto  
1994  
*Psiquiatras y locos. Entre la modernización contra los andes y el nuevo proyecto de modernidad. Perú: 1850-1930*. Lima: Instituto Pasado & Presente.
- Sacristán, Cristina  
2003  
Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948. *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, v. 26. n. 3, p. 57-65.
- Sacristán, Cristina  
2001  
Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica. *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, v. 51, p. 91-120.
- Sacristán, Cristina  
2005  
La Locópolis de Mixcoac en una encrucijada política. Reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933. In: Sacristán, Cristina; Piccato, Pablo (coord.) *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*. México: Instituto Mora/Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM. p. 199-232.
- Secretaría de la Asistencia Pública  
1940  
*La Asistencia Social en México. Sexenio 1934-1940*. México: Talleres Gráficos de la Nación.
- Shorter, Edward  
1997  
*A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons.
- Simmel, Georg  
1986  
*Sociología 2. Estudios sobre las formas de socialización*. Madrid: Alianza.
- Vezzetti, Hugo  
1985  
*La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Weiner, Dora B.  
2002  
*Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wilkie, James  
1987  
*La Revolución Mexicana (1910-1976). Gasto federal y cambio social*. México: Fondo de Cultura Económica.

Recebido para publicação em julho de 2004.

Aprovado para publicação em junho de 2005.