

# Servicios de salud mental en Tabasco: del hospital a la atención por niveles

Victoria Raquel Rojas-Lozano<sup>(1)</sup>

*vicra.rojas08@gmail.com*

## RESUMEN

Objetivo. Conocer las causas y consecuencias del incremento de servicios de salud mental en Tabasco a partir de la reforma psiquiátrica. El argumento central parte de entender a la política de salud mental como una construcción histórica que respondió a una problematización planteada por el Estado mexicano y que tomó una forma peculiar en Tabasco, gracias a la puesta en marcha del Hospital “Granja” para Enfermos Nerviosos y Mentales, por la necesidad de formar especialistas en psiquiatría para la región sur de México y por su relación con la formación posterior de profesionales de psicología en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Conclusión. El incremento de los servicios de salud mental en la entidad, derivada del cambio del modelo de atención, la democratización y flexibilización del saber psiquiátrico, una nueva concepción epistemológica y semántica de lo mental, así como la innovación tecnológica, dio como resultado una medicalización y sobre/institucionalización de los servicios y no la deshospitalización y la atención de base comunitaria que se buscaba con la reforma psiquiátrica.

**Palabras claves:** *servicios de salud mental; psiquiatría; psicología; medicalización; atención primaria de salud; México*

## SUMMARY

Objective. To know the causes and consequences of the increase in mental health services in Tabasco from the psychiatric reform. The central argument is based on understanding mental health policy as a historical construction that responded to a problematization raised by the Mexican State and that took a peculiar form in Tabasco, thanks to the start-up of the “Farm” Hospital for Nervous Patients and Mental, due to the need to train specialists in psychiatry for the southern region of Mexico and because of its relationship with the subsequent training of psychology

professionals at the Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Conclusions: The increase in mental health services in the entity, derived from the change in the care model, the democratization and flexibility of psychiatric knowledge, a new epistemological and semantic conception of the mental, as well as technological innovation, resulted in a medicalization and over/institutionalization of services and not the dehospitalization and community-based care that was sought with the psychiatric reform.

**Keywords:** *mental health services; psychiatry; psychology; medicalization; primary health care; Mexico*

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años del siglo XX se produjo en México una profunda transformación del sistema de atención a la salud mental a partir de la reforma psiquiátrica establecida en América Latina y el Caribe.<sup>1-5</sup> Dicha reforma supuso la integración de los servicios de salud mental a la atención de salud general para proporcionar servicios en entornos comunitarios y no sólo en instituciones cerradas a lo que México se comprometió formalmente con la firma de la “Declaración para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica” por la Secretaría de Salud (SSA) en 2006.<sup>6,7</sup> Esto implicó el desarrollo de una atención psiquiátrica estrechamente unida a la atención primaria de salud e inscrita en el marco del sistema sanitario local; que tuvo sus antecedentes en tres momentos diferentes: la primera en la década de los sesenta bajo la influencia del movimiento de psiquiatría comunitaria en Estados Unidos y la reforma de los servicios de salud mental en Europa; la segunda en 1990 con la “Declaración de Caracas”<sup>8</sup> y la tercera en 2001 con la decisión histórica de la OMS de dedicar a la salud mental varias de sus iniciativas de alcance mundial.<sup>1,9-11</sup> En Tabasco dichos cambios encontraron su génesis en los servicios de salud mental a través de la “Granja” para Enfermos Nerviosos y Mentales (1962), la aplicación de modelos de atención a la

<sup>(1)</sup> Centro de Estudios de Posgrados del Estado de México, México.

salud en los tres niveles de atención que tomó en cuenta a la salud mental (1984), la especialidad en psiquiatría (1987) y con el desarrollo de la Dirección de Salud Psicosocial (DSP) (1995), área que se encarga de la organización de los servicios de atención a la salud mental en la entidad.

Situado en este contexto, el ensayo se orienta dentro del análisis de la política nacional de salud y plantea a la política de salud mental como una construcción histórica del Estado mexicano, cuya revisión actual permite un acercamiento al proceso de medicalización y sobre/institucionalización vivido en Tabasco, tema relevante a reflexionar por los índices de suicidio y trastornos mentales que ha presentado la entidad y porque es un parteaguas para comprender cómo se ha ofertado la atención a la salud mental en el sur de México. Para poder analizar por qué y cómo se incrementaron los servicios de salud mental en Tabasco, este ensayo se divide en tres apartados: en el primero, se identifican algunos factores que a nivel internacional y nacional dieron pauta para llevar a cabo la reestructuración de los servicios; en el segundo, se presenta una radiografía general de éstos, y en el tercero, se exponen algunos alcances y desafíos. De acuerdo con lo anterior, el ensayo tiene por objetivo conocer las causas y consecuencias del incremento de los servicios de salud mental en Tabasco.

### **La reestructuración psiquiátrica de México**

El despliegue de la política de salud mental en México que inició con la puesta en marcha del Hospital General “La Castañeda” a inicios del siglo XX, se presenta aquí como un entramado de instituciones, mecanismos y discursos que problematizan y accionan en diferentes niveles y que encontraron sus orígenes en: 1) el establecimiento de la atención primaria en salud en 1978 como clave para alcanzar salud para todos en el año 2000 a nivel mundial y el proceso de descentralización y modernización vivido en la década de los ochenta a nivel nacional, 2) el modelo de corresponsabilidad y familiarismo creado como consecuencia de un posicionamiento humanista de la psiquiatría moderna, 3) la flexibilización y democratización del saber médico, 4) el cambio en los fundamentos epistemológicos y semánticos que sustentan la práctica profesional especializada en salud mental, y 5) la introducción de nuevas posibilidades de intervención a través de diversas innovaciones técnicas (epidemiología psiquiátrica, criterios diagnósticos y psicofármacos). A continuación, se exponen cada uno de estos puntos para dar cuenta del escenario en el que se crearon y transformaron los servicios de salud mental en Tabasco.

El ingreso de México al proceso de reforma estuvo preparado por dos momentos diferentes, el primero de ellos fue internacional y se estableció desde 1978 a partir de Alma-Ata y el segundo después de 1982 con el proceso de modernización y descentralización vivido en México. El primero buscó la inclusión de la salud mental en la lista

de prioridades de atención primaria, sentó las bases para la organización de los servicios de salud en niveles de atención, planteó el modelo comunitario centrado en Atención Primaria en Salud (APS) y privilegió un sistema de salud preventivo. El segundo, como política de transformación estructural del gobierno de México para lograr la cobertura universal en salud, consolidó el Sistema Nacional en Salud Mexicano, su descentralización y la progresiva integración orgánica de los servicios de atención a población abierta.

En este contexto de grandes cambios estructurales, en el que desapareció el estado de bienestar y se tendió a la individualización de los riesgos y a las responsabilidades sociales en materia de seguridad social, las políticas neoliberales menos proteccionistas pusieron de relieve la importancia de un régimen cada vez más social basado en la responsabilidad individual, familiar y comunitaria del enfermo mental, situación que redundó en materia de salud mental, en la corresponsabilidad entre Estado y sociedad, con un énfasis en la prevención, educación e intervención en la comunidad a través del Primer Nivel de Atención (PNA).

Históricamente la psiquiatría fue el saber especializado a partir del cual se construyó el mecanismo de administración pública en torno de la locura. Los médicos psiquiatras fueron por años los operarios y “La Castañeda” fue el espacio desde el cual México institucionalizó dicho saber como hegemónico.<sup>12</sup> Después de la Segunda Guerra Mundial tanto al interior como al exterior del modelo asilar y de la psiquiatría se desarrolló una crítica ético-jurídica, clínica, institucional y sanitaria,<sup>13</sup> que puso en cuestión el papel del psiquiatra y la eficacia del dispositivo terapéutico que había creado. Profesiones como la psiquiatría que habían gozado de prestigio fueron criticadas y desprestigiadas y de ser funcionales pasaron a ser inadecuadas. El cambio en el discurso científico, ético y de derechos humanos propició una nueva manera de problematizar la enfermedad mental, lo que implicó una modificación de los criterios de intervención psiquiátrica a nivel internacional y nacional.<sup>14</sup>

Este cuestionamiento al saber psiquiátrico vino acompañado de un cambio semántico y discursivo; es decir, por una redefinición de términos como el de enfermedad mental y por la introducción de un nuevo concepto de salud –más integral e incluyente–. Dicha resemantización estuvo ligada al incremento de la prestación de servicios de salud mental; pues además de atender y rehabilitar, los psiquiatras debieron prevenir, educar e intervenir en la comunidad. Finalmente, y como consecuencia de lo anterior, también estuvo ligada a la creación de nuevos dispositivos de atención.

Las nuevas disposiciones discursivas de carácter epistemológico y semántico fueron precisando, dice Hernández Lara,<sup>15</sup> el imaginario del personal en salud mental y delimitando los mecanismos necesarios para combatir la prevalencia de los trastornos mentales. Este imaginario ya no se construía a partir de la especialidad psiquiátrica, sino

con la sola intervención en el campo de la salud mental. La medicina, la psicología, la enfermería o el trabajo social ya no tenían que especializarse en el área de salud mental ni trabajar en el hospital psiquiátrico para ser parte de este imaginario. La democratización y flexibilización de un saber compartido gracias a la crítica al saber hegemónico, al cambio semántico y epistemológico lo habían hecho posible. Este nuevo dispositivo creó perfiles profesionales diversos, en los que no sólo se estableció una definición positiva del quehacer psiquiátrico, sino una definición amplia que da lugar a distintas intervenciones, que van del tercer nivel de atención (TNA) –en el hospital psiquiátrico– al segundo y primer nivel de atención –a través de la consulta externa y la intervención comunitaria.<sup>15</sup> Es decir, se desespecializó la intervención psiquiátrica y se compartió el monopolio legítimo de ésta.

La democratización psiquiátrica y la flexibilización del campo de servicios de salud mental acompañados de los evidentes cambios epistémico y semántico fueron seguidos, articulados y consolidados por un cambio a nivel tecnológico llevado a cabo por la influencia del papel cada vez más importante que ha tenido la epidemiología psiquiátrica<sup>16</sup> que en forma de vocero ha documentado y evidenciado los trastornos mentales que existen en el mundo y en el país. Junto con esta forma de analizar a la salud mental poblacional, se sumaron el uso de criterios diagnósticos que permitieron homogeneizar el conocimiento y evitar arbitrariedades, confusiones y problemas entre los diferentes niveles de atención<sup>17</sup> y el de los psicofármacos que ayudaron a masificar el proceso y a poder prescindir del encierro como herramienta para la atención. Lo cual contribuyó a homogeneizar la atención, democratizar el saber y a ver a la deshospitalización y la atención de base comunitaria como un futuro cercano.

Finalmente, la reorganización de los servicios de salud en niveles de atención también modificó la manera en que se interviene en la población mexicana para procurar su salud mental. Hablar de niveles de atención significó una nueva forma de reorganizar los servicios y sistematizar la oferta general, que impactó de una manera específica en la psiquiatría (antes ubicada sólo en el TNA), revirtiendo con ello la hegemonía del sistema asilar a través de un discurso cuya influencia se centró en la consulta externa y en menor medida en la intervención comunitaria (que ahora también se encuentran en el segundo y primer nivel).

El sistema de salud psicosocial en Tabasco

La historia de la atención psiquiátrica en México tiene antecedentes desde la época colonial, pero la política en salud mental inició con el Manicomio General “La Castañeda” a principios del siglo XX,<sup>18,19</sup> continuó con su desmantelamiento, la apertura de Hospitales Granja<sup>20</sup> y con la posterior aplicación del Modelo Hidalgo<sup>21</sup> que implicó el desarrollo de una política integral que se ajustó a los tres niveles de atención.

Con la puesta en marcha de la “Operación Castañeda” y la apertura de hospitales psiquiátricos federales en el Estado de México, Hidalgo, Tabasco y en otras entidades, se inició la siguiente etapa de la política sanitaria que buscó modernizar y desconcentrar la atención especializada a partir de la atención basada en Granjas.<sup>20,22</sup> Finalmente, con la aplicación del Modelo Hidalgo que consistió en reestructurar los servicios a partir de la creación de una red,<sup>21</sup> éstos se ampliaron al modelo comunitario de intervención y se incrementó una infraestructura comunitaria de prevención, atención primaria, hospitalización y reinserción social.<sup>23</sup> De acuerdo con este modelo, la infraestructura se organizó a través de: 1) Centros de salud, 2) Centros de salud con Módulos de Salud Mental 3) Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM), 4) Centro Integral de Salud Mental (CISAME), 5) Unidades de Psiquiatría en Hospitales de Segundo Nivel y 6) Villas de Hospitalización Intermedia.<sup>24</sup>

Es en este contexto nacional que se desarrolló la historia de los servicios de salud mental en Tabasco. Primero, con la independencia del Hospital de Especialidad en Salud Mental que había estado tutelado por la Dirección General de Salud Mental (1980-1985) y la aplicación de modelos de atención a la salud en los tres niveles de atención que tomó en cuenta a la salud mental en 1984;<sup>25</sup> segundo, con la creación de la DSP (1995), que en 1996 promovió el cambio de un sistema de atención especializado y hospitalario de psiquiatría a un servicio de psiquiatría de enlace y que se consolidó como respuesta a las causas de morbilidad psiquiátrica y los problemas de suicidio que se presentaron en la entidad;<sup>26</sup> finalmente, con la especialidad en psiquiatría –antes Maestría en Psiquiatría– donde se ha formado a más de una veintena de psiquiatras que dan servicio en el Hospital de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa y a la región del Sureste de México y con la vinculación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) a la DSP (1999), desde la cual se proporcionó el servicio social de psicología a toda la SSA.

El incremento de dispositivos terapéuticos y la democratización del saber médico llevó a los psiquiatras a compartir con otras disciplinas el espacio privilegiado que habían tenido desde el nacimiento del manicomio en el siglo XVIII. Iniciando con ello, una transición del sistema de atención especializado y hospitalario de psiquiatría, a un servicio de psiquiatría de enlace, que ubicó especialistas de psiquiatría, psicología y trabajo social en unidades hospitalarias de alta especialidad y en hospitales de segundo nivel. El primero de este caso fue Comalcalco en 1996, después el Hospital “Dr. Juan Graham Casasús” y el Hospital “Gustavo A. Roviroso” en 1997.

Los servicios de salud mental en Tabasco actualmente se encuentran ubicados de la siguiente manera: el PNA cuenta con 540 centros de salud que otorgan servicios de APS y atención de los trastornos mentales; 68 servicios de salud mental en los centros de salud distribuidos en las 17 jurisdicciones

sanitarias del estado, seis hospitales comunitarios y cuatro generales con servicios de psicología (hospital comunitario de Centla, Jalapa, Jalpa de Méndez, Nacajuca, Tacotalpa, Tenosique; y hospital general de Balancán, Cunduacán, Huimanguillo y Paraíso). El SNA tiene cinco hospitales generales con servicios de enlace de psicología y psiquiatría (en los municipios de Cárdenas, Comalcalco, Emiliano Zapata, Macuspana y Teapa). Y el TNA cuenta con cinco hospitales de alta especialidad en el municipio de Centro (Dr. Gustavo A. Roviroso, Dr. Juan Graham Casasús, Hospital del Niño Rodolfo Nieto Padrón, Hospital de Alta Especialidad de la Mujer y Hospital de Alta Especialidad en Salud Mental).<sup>7</sup> En los tres niveles existe atención ambulatoria, sólo en el Hospital de Alta Especialidad de Salud Mental hay atención hospitalaria y de rehabilitación psicosocial.

Finalmente, se cuenta, según el Directorio de Salud Psicosocial de la entidad con un total de 13 servicios especializados en atención a la violencia familiar (CESSA Maximiliano Dorantes, CESSA Tamulté Delicias, Hospital “Dr. Gustavo A. Roviroso”, Hospital “Dr. Juan Graham Casasús”, Hospital de la Mujer, C.S Cárdenas, Hospital comunitario Centla, Hospital General Comalcalco, Hospital General Huimanguillo, Hospital Comunitario Jalpa de Méndez, Centro Nueva Vida de Jonuta, CSU de Macuspana y Hospital Comunitario de Tacotalpa.), 13 Centros Nueva Vida que son unidades de primer nivel de atención para prevenir las adicciones<sup>27</sup> (en los municipios de: Cárdenas, Centla, Centro, Comalcalco, Cunduacán, E. Zapata, Huimanguillo, Jalpa de Méndez, Jonuta, Macuspana, Tacotalpa, Teapa y Tenosique), y tres programas: “Programa prevención y atención a la violencia familiar”, “Programa estatal de salud mental” y “Programa de prevención y control de adicciones”. Alcances y desafíos en la reestructuración de los servicios de salud mental en Tabasco

El sistema de salud mental de Tabasco comparado con la red que se propuso con el Modelo Miguel Hidalgo no ha logrado dar cuenta del total de servicio que éste debería ofrecer. Aunque la organización por niveles de atención es relativamente nueva y no es producto directo de la reforma psiquiátrica sino de una reestructuración más general del sistema de salud, no ha logrado desarrollar un modelo de base comunitaria para que el PNA deje de ser un simple filtro y se convierta en el nivel principal de atención para casos no graves y de detección de síntomas. Además, existe poco trabajo de servicios de rehabilitación y reinserción a la comunidad, con lo que el cambio del modelo asilar a uno de base comunitaria, por lo menos en Tabasco, dista de lograrse. Los servicios de salud mental existentes y distribuidos a través de una amplia red en los tres niveles de atención no alcanzan a dar cobertura a toda la población de los 17 municipios. Las Jurisdicciones Sanitarias ni los módulos de salud mental de los Hospitales Comunitarios que se encuentran en municipios de la periferia, pueden dar cobertura y acceso a los servicios

de salud mental a la población. La infraestructura para ofertar acceso a los servicios de salud mental sigue siendo un reto para el sistema de salud mental de Tabasco; sobre todo en lo que corresponde al PNA en zonas rurales e históricamente habitadas por población originaria. En este sentido y más allá del hospital psiquiátrico, es necesario continuar trabajando en la creación de servicios psiquiátricos ambulatorios en el primer y segundo nivel.

Este modelo no asilar y flexible que democratizó el saber psiquiátrico y amplió el campo de saberes médicos, como se leyó párrafos arriba, pudo lograrse gracias a diferentes acciones que no sólo tuvieron que ver con la política de salud mental emprendida por México. Pero con todo y el importante cambio que ha experimentado el sistema de salud en México y Tabasco, los recursos humanos que han posibilitado la política de salud mental resultan insuficientes en todos los niveles de atención, sobre todo en el primero, donde son especialistas en medicina familiar, médicos generales y médicos en formación realizando su servicio social los encargados de llevar a la práctica dicha política. Actualmente, según el Programa de Salud Mental de Tabasco,<sup>7</sup> la Secretaría cuenta con: nueve psiquiatras en los servicios ambulantes de salud mental de consulta externa (uno se encuentra adscrito al Hospital Dr. Juan Graham Casasús, cuatro al Hospital de Alta Especialidad de Salud Mental y cuatro más en cuatro hospitales generales); dos paidopsiquiatras (uno en el Hospital del Niño y otro en el Hospital de Alta Especialidad de Salud Mental); y 102 psicólogos/as (69 están adscritos al PNA, ocho en hospitales comunitarios con servicio de salud mental, 11 en hospitales generales y 14 en los hospitales regionales de alta especialidad).

Aunque haya una homogeneización de los saberes construido a partir de criterios diagnósticos estandarizados (como el CIE-10 y DSM-V), uno de los mayores retos sigue siendo la formación del personal, que ni se capacita ni su formación está organizada de manera integral para concebir el fenómeno de manera biopsicosocial. Entre la carga de actividades que tiene el PNA y los médicos generales la que comprende a la atención a la salud mental es una de las menos importantes. Primero porque las personas no tienen suficiente información sobre la reestructuración y segundo, porque los mismos médicos no se sienten capacitados ni con el suficiente tiempo para atender los trastornos de salud mental de sus pacientes.<sup>28</sup>

## CONCLUSIÓN

Han transcurrido casi cuatro siglos y medio de ejecutar diferentes estrategias de atención haciendo uso de diversos dispositivos terapéuticos basados en una reforma psiquiátrica y dos modelos de atención. La reforma psiquiátrica implicó un cambio a nivel de política nacional y a nivel política de salud. El primero modelo, fue de corte asistencialista,

deshumanizado y custodial; y el segundo, comunitario, humanista y centrado en la rehabilitación y reinserción social. Características últimas que hablan de una transformación en la relación Estado-sociedad mediante la corresponsabilidad, –principio de prevención que se dictó desde la declaración de Alma-Ata y acentuada en México a partir la creación del Sistema Nacional de Salud– el familiarismo –producto de una estrategia terapéutica para evitar la ausencia de vínculos familiares que hubo durante el modelo asilar– y la individualización –que buscó responsabilizar al mismo enfermo y construir prácticas corresponsables en la ciudadanía.<sup>29</sup>

La reestructuración de la salud mental en México que implicó el cambio del modelo de atención que pasó de ser asilar, asistencialista, insitucionalizado y endocéntrico a uno familiarista, corresponsable, desregulado descentralizado y mercantilista se vio influenciada por: 1) políticas nacionales de modernización y descentralización; 2) la democratización y flexibilización del saber psiquiátrico; 3) una nueva concepción epistemológica y semántica de lo mental; y 4) herramientas tecnológicas, epidemiológicas y de diagnóstico, como se pudo leer en el primer apartado de este ensayo.

De acuerdo con lo anterior, la reforma vivida en Tabasco se dio en contextos sanitarios en correspondencia con el proceso internacional y nacional, que se pudo generar gracias al establecimiento del Hospital “Granja” en la capital tabasqueña (1962), al desarrollo de recursos humanos que este dispositivo generó para toda la región sur de México y al que posteriormente la UJAT también contribuyó con profesionales de psicología. También por las formas particulares que tomó el proceso tabasqueño en el PNA gracias a su propio contexto político-administrativo y sociocultural, que ha implicado entre otras cosas, una atención basada en recursos humanos que aún se encuentran en formación y que realizan su servicio social en el PNA de la SSA.

El recorrido histórico realizado muestra que el proceso de transformación e incremento de los servicios de salud mental en la entidad estuvo ligado al modelo de medicalización.<sup>30</sup> y a una sobre/institucionalización.<sup>15</sup> Es decir, al mismo tiempo que produjo otros servicios de atención llevada por una primera intención humanitaria y de eficacia, fomentó una medicalización más efectiva, integrada, flexible y legitimada acorde a cada nivel de atención y a cada sujeto consumidor que sentó las bases para una resemantización de las concepciones de salud mental; pero sin necesariamente responder a las necesidades de la población y establecer su modelo de base comunitaria. Lo que significa que la reorganización de los servicios de salud mental después de la reforma psiquiátrica en América Latina y el Caribe, si bien produjo un incremento de la oferta y la demanda de los servicios de salud mental, no ha sido suficiente para lograr la integración de los servicios de salud mental a la atención de salud general y proporcionar

servicios en entornos comunitarios y no sólo en instituciones cerradas.

## REFERENCIAS

1. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. de Salud Pública.* 2005;18(4/5):314-26.
2. Agrest M, Mascayano F, Teodoro de Assis R, Molina-Bulla C, Ardila S. Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *VERTEX. Rev. Arg. Psiq.* 2018;29(141):334-45.
3. Organización Panamericana de la Salud. Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Washington, D.C: OPS; 2020.
4. Huertas García-Alejo R (coord.). Políticas de salud mental y cambio social en América Latina. Madrid: Catarata; 2017.
5. Sacristán C, Hernández O, Ordorika T. México: una reforma psiquiátrica que no lo fue, (1968-1990). En: Huertas R (coord.). Políticas de salud mental y cambio social en Iberoamérica. Madrid: Catarata, 2017. pp. 154-185.
6. Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basauri V, Galván Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev. Panam. de Salud Pública.* 2013;33(4):252-258.
7. Secretaría de Salud. Programa de Salud Mental de Tabasco. México: Dirección de Salud Psicosocial; 2021.
8. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Caracas, Venezuela: OMS/OPS; 1990.
9. Organización Panamericana de la Salud. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Brasilia, Brasil: OPS/OMS; 2005.
10. Rodríguez J, González R. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS/OMS; 2007.
11. Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Rev. psiquiatr Urug.* 2011;75(2):86-96.
12. Galende E. La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuad. méd. soc. (Ros);* 1983;(23):53-60.
13. Gómez-Figueroa CA, Gutiérrez Zurita JA, Campos Castolo M. Análisis de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en pacientes crónicos no rehabilitables. *Rev. CONAMED.* 2011;16(4):199-203.
14. Becerra-Partida OF. La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. *Persona y Bioética.* 2014;18(2):238-253.
15. Hernández Lara OG. La metamorfosis de la política

- de salud mental en México [Tesis de Maestría]. México: Instituto de Investigaciones José María Luis Mora; 2008.
16. Stolkner A. De la epidemiología psiquiátrica a la investigación en el campo de la salud mental. *VERTEX Rev. Arg. Psiq.* 2003;14(54):313-319.
  17. García M, Maroto A, Grandes S. Clasificación DSMIV y CIE-10 de los trastornos mentales: evolución histórica. *Psiquiatría y Atención Primaria.* 2006;12:13-15.
  18. Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco.* 2009;16(45):163-188.
  19. Molina AR, Sacristán C, Sacristán TO, Carrillo XL. Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968). *Asclepio.* 2016;68(1):136.
  20. Sacristán MC. Reformando la asistencia psiquiátrica en México. *La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948.* *Salud Mental.* 2003;26(3):57-65.
  21. Xavier M. México: The Hidalgo Experience\_A new approach. En: Caldas de Almeida JM, Cohen A, editores. *Innovative mental health programs in Latin America.* Washington, D.C: OPS/OMS; 2008.
  22. Benassini O. La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Ment.* 2001;24(6):62-73.
  23. Dirección General de Epidemiología. Evaluación al Modelo Nacional de Atención en Salud Mental “Miguel Hidalgo”, en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago”. México: Consejo Nacional de Salud Mental; 2012.
  24. Secretaría de Salud. Red estatal de salud Mental. México: Servicios de Salud de Morelos; 2013.
  25. Zentella AM, Morales JMC. Historia de la psiquiatría en Tabasco a través de los siglos. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2015.
  26. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. México; 2018.
  27. Dirección de Salud Psicosocial de Tabasco. Directorio de servicios de salud psicosocial de la Secretaría de Salud. México: Secretaría de Salud y Dirección de Salud Psicosocial [citado el 4 de marzo de 2022].
  28. Rojas-Lozano VR. El capital emocional en la atención de salud mental en Primer Nivel de Atención en Tabasco. [Tesis doctoral]. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco; 2021.
  29. Gómez SA. El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2009;38(1):114-25.
  30. Novella EJ. Del asilo a la comunidad: Interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *FRENIA. Revista de Historia de la Psiquiatría.* 2008;8(1):9-32.