



## SALUD MENTAL Y TERRITORIO: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE LA POBLACIÓN MASCULINA DEL CENTRO HOSPITALARIO PSIQUIATRICO VILARDEBÓ DE MONTEVIDEO, URUGUAY.

Giraldez, Carlos Gonzalo

[giraldezg@gmail.com](mailto:giraldezg@gmail.com)

Bach. Lic. Geografía,

Facultad de Ciencias-Montevideo-Uruguay

### RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo central cartografiar en el espacio geográfico de la ciudad de Montevideo, capital del Uruguay, aspectos epidemiológicos de la población masculina internada en el Hospital Psiquiátrico Público Teodoro Vilardebó de dicha ciudad a partir de un corte censal establecido. Área de trabajo e investigación: la ciudad de Montevideo; período: Mayo de 2009 a Julio de 2009. La información demográfica y epidemiológica se obtuvo de la Base de datos (BD) del Sistema de Gestión en Salud (SGS) que funciona en dicho centro referida al corte censal del 30-05-09 exclusivamente: población internada. Se obtuvo información demográfica del Instituto Nacional de Estadística (INE)(16) e información cartográfica de la Intendencia Municipal de Montevideo(17). Se colectó información de consultas en Salud Mental aportadas por el Ministerio de Salud Pública (M.S.P). Se confeccionó un mapa de ubicación de los diferentes Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) presentes en Montevideo y área metropolitana. La información colectada y creada se incorporó a un Sistema de Información Geográfica (SIG) a partir del software Arc View 3.3 ;la BD se trató estadísticamente en dos formas: b1) Análisis de Clúster b2) Análisis ANOVA (Análisis de la varianza) a través del software Statística 7.0. Los resultados que se obtuvieron permiten observar un patrón de concentración de ciertas patologías (diagnósticos) y que se dan en un área específica de la capital. Quien posee mayor concentración, dado por su expresión espacial acotada y en número de casos es la Esquizofrenia (F20). La interpolación de puntos de la variable TIPO, nos permite visualizar, según nuestra muestra de trabajo, áreas de Montevideo con mayor probabilidad de ciudadanos con algún componente judicial en su haber. Existe un momento geográfico (14) de la Salud Mental hacia el SW de la capital muy perceptible y a tener presente, fundamentalmente para implementación de políticas sanitarias.

**Palabras-clave:** Esquizofrenia, Momento Geográfico, Salud Mental

### INTRODUCCIÓN

“La OMS describe la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”(1). Es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad.

La salud mental y las enfermedades mentales están determinadas por muchos factores de interacción social, psicológica y biológica. La evidencia más clara de esto se relaciona con el riesgo de las enfermedades mentales, las cuales, en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo está asociado con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación y, en algunos estudios, con malas condiciones habitacionales y bajo ingreso. La mayor vulnerabilidad que tienen las personas en desventaja, en cada comunidad, a las enfermedades mentales, se puede explicar mediante factores tales como la experiencia de vivir en inseguridad y desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física (2). Los problemas de salud mental entre la población general han cobrado una importancia creciente, reconociéndose como una preocupación de salud pública el alcoholismo crónico, la esquizofrenia, la demencia senil, el retraso mental severo y la enfermedad depresiva (Cooper, 1987), los cuales afectan en distinta magnitud y gravedad a los diferentes grupos sociales de acuerdo con su sexo, edad y nivel socioeconómico (3).

Desde la psiquiatría y la epidemiología, se ha reconocido la necesidad de ampliar la perspectiva de abordaje de los problemas de salud mental. La posibilidad del estudio epidemiológico se ha fundamentado en explicaciones socioculturales como los eventos de vida (problemas, pérdida, peligro o posibilidad de solución), considerados como desencadenantes o precipitantes de la enfermedad mental (Harris, 1987) (3).

La Geografía de la Salud como ciencia bien puede ser una ampliación o extensión de dichos estudios e investigaciones aportando sus técnicas y metodologías, basadas hoy en las Tecnologías de la Información Geográfica (TIG) las cuales dadas sus capacidades permiten no solo la revisión de información, en éste caso Sanitaria sino, su análisis, tratamiento y salida cartográfica, posibilitando la interacción de múltiples formatos de datos.

El problema de la salud y sus connotaciones espaciales ocupó prácticamente a todos los geógrafos de la nutrida historia que esta ciencia, de larga trayectoria, viene registrando desde la Antigüedad, y va más allá aún. Las referencias a este vínculo, aparecen en casi todos los tratados de historia de la medicina. Así, Sarton, alude a las evidencias en la Prehistoria, respecto de una preocupación por la distribución de enfermedades así como la localización de la materia prima de las medicinas, de procedencia natural (4).

“El origen de los estudios de Geografía Médica, de forma sistemática, se remonta a las Topografías médicas, a finales del siglo XVIII, si bien su proliferación tiene lugar en el siglo XIX”(5).

Su reconocimiento oficial tuvo lugar en el Congreso Internacional de Geografía de Lisboa, en 1949, posiblemente propiciado por la nueva definición de salud ofrecida por la OMS en 1948: “estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad”, lo que amplía el campo de estudio aumentando los aportes desde las ciencias sociales. La influencia del paradigma neopositivista hizo que los temas de localización entraran a formar parte de los estudios de Geografía Médica, al considerar el equipamiento como medio para la restauración de la salud y su carencia como factor patológico. El estudio de la distribución y accesibilidad de los equipamientos sanitarios y los servicios médicos llega a representar el 30% de las investigaciones a principios de los 80 y crea una subdisciplina de gran vitalidad. Este nuevo contenido sumado al tradicional medioambiental físico motivó un cambio de denominación de la disciplina, propuesto por la Comisión de Geografía Médica de la U.G.I., en el Congreso de Moscú (1976), que se llamara desde entonces Geografía de la Salud, como agregado de los contenidos de Geografía Médica y Geografía de los Servicios Sanitarios(6).

## Salud Mental

La aplicación del paradigma de la “gestión de la enfermedad” muestra impactos beneficiosos, no solo en la evolución de los trastornos, sino además en la reducción de costos, implicando más asistencia ambulatoria y menos hospitalización. La tendencia mundial en Salud Mental de las últimas décadas es hacia la transición desde el modelo asistencial asilar y hospitalario, hacia el modelo ambulatorio y comunitario (7).

En el desarrollo de la asistencia psiquiátrica se localiza a partir de 1930 un punto de inflexión a partir del cual se identifican ciertos cambios que serían decisivos para su futuro. Luego de finalizada la segunda guerra, se comienza a desarrollar estudios epidemiológicos con una importante influencia de la sociología con objetivos interdisciplinarios. De esta forma, aparece una renovación de los intereses de los componentes psicosociales de la morbilidad psiquiátrica que produce un desplazamiento de los asilos y que pasan a la población en general. A ello se suma un movimiento de carácter social que comenzó una fuerte crítica hacia el modelo asilar imperante, con la aparición de alternativas asistenciales entre las cuales se destacan las Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHG)(8).

“Las (UPHG) con el objetivo de planeamiento terapéutico, integración a la Atención Primaria de Salud (APS), internaciones de corta estadía y vinculación con otras especialidades a través de interconsultas y emergencia, tienen un empuje de desarrollo en el continente desde hace algunas décadas” (9).

En el continente sudamericano el panorama asistencial pasa por cambios sustanciales a partir de la década de 1980, una vez restablecidas las democracias. Surgen así las reestructuras en el área de la asistencia psiquiátrica y su legislación gracias a la utilización de recursos innovadores conforme a las características de

cada lugar; en muchos casos, la clave de los resultados estuvo en la inclusión de personas desvinculadas a la salud mental. Es importante destacar, en este aspecto, el papel que tuvieron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundamentalmente a partir de la Declaración de Caracas en 1990(10).

Las enfermedades mentales, lo sabemos hoy, son responsables de una parte muy significativa de la carga global de las enfermedades y ocupan un lugar destacado entre las primeras causas de discapacidad. Los estudios de epidemiología psiquiátrica aportaron, en los últimos veinte años, amplia evidencia de la elevada prevalencia de los trastornos mentales en América Latina (Caraveo et al. 1995, Filho et al. 1992, Minobe et al. 1990, Vicente et al. 1994, Medina-Mora et al. 2003), al igual que en otras partes del mundo. Estos estudios también permitieron mostrar que los trastornos mentales se encuentran frecuentemente asociados con las enfermedades físicas y que su prevalencia es particularmente elevada entre los consumidores de servicios de salud, tanto en la atención primaria como de los servicios hospitalarios especializados. Desde hace mucho tiempo se reconoce la asociación entre los trastornos mentales y el desempleo, la exclusión social, la pobreza, y el abuso de alcohol y drogas –condiciones que imponen costos elevados a la sociedad (11).

En el Uruguay, la primera concentración significativa de enfermos mentales se completa en 1879 en el “Asilo de dementes” con 348 personas. El Hospital Vilardebó (hoy, único centro hospitalario Psiquiátrico público del país), previsto en 1880 para 700 camas, supera en una década las 1000 personas y en 1910 alberga 1500 personas. A partir de 1912, por la creciente demanda de asilo, se abre la Colonia de Alienados en San José y que, sumada al Hospital Vilardebó, ven elevar el número de asilados hasta cerca de 5000 personas a mitad de siglo. Hacia la década del 70 se observa una disminución sostenida de asilados; 2100 a fines de 1992, 1500 en 1997, 1100 en 1999 y 900 personas al 2005 casi todos ellos concentrados en la Colonia de Alienados. En esta reducción del asilo convergen la alta efectividad de los psicofármacos y su benéfica interacción con los procedimientos psicosociales y de rehabilitación, los cambios de mentalidad y actitud hacia los enfermos mentales y el despliegue de la asistencia psiquiátrica a todo el país en post de una asistencia comunitaria y expandida, lo que determino un cambio sensible a toda esta problemática, aun cuando la crisis del 2002 incidió sobre este paulatino y constante descenso en camas de internación asilar. El numero de camas disponibles en el sector publico oscila en 380; el sector privado, que incluye la cobertura de las Instituciones de Asistencia Médico Contratada (IAMC) es de alrededor de 220 camas.

El tiempo de internación ha descendido de meses o años a promedios de entre 20 y 35 días; más de la mitad de las internaciones se realizan en el sector público.

A partir de 1996 ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) crea un sistema de Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) distribuidos en todo el territorio nacional (12).

Hoy día se hallan establecidos veintiocho (28) ECSM en el interior del país (Fig.1) y catorce (14) en Montevideo (Fig.2) y promueven la atención de mas de 280.000 consultas por año (13).

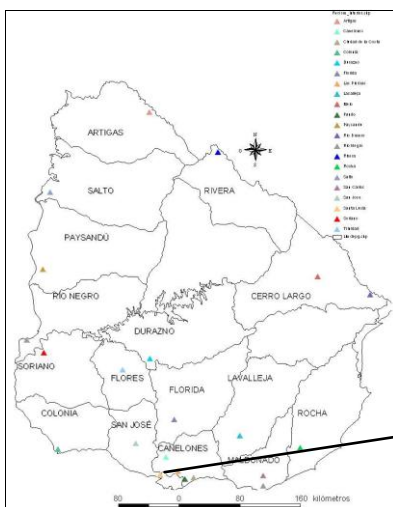


Figura N°1: ECSM en el interior del país

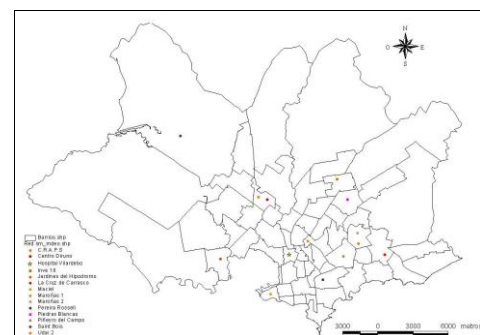


Figura N°2: ECSM en Montevideo

También se instituyeron en todos los hospitales Unidades de Salud Mental. Se busca entonces nuevos modelos de desarrollo en asistencia a quienes padecen trastornos mentales o psicosis a través de la creación de variados centros de rehabilitación con el enriquecimiento de las interacciones sociales entre la comunidad y el sistema sanitario. Según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) (Fig. 3), el número global de consultas para los ECSM para el periodo 2004-2007 muestra un crecimiento continuo. Así mismo, la situación de cada ECSM difiere, esto se refiere desde su ubicación geográfica, el medio que le recibe (tanto físico como social) y desde las posibilidades que este tenga de responder a la demanda de consultas (14).

Así mismo, existe una dinámica socio territorial que se potencia si la interpretamos desde la Salud Mental y sus formas (hábitat, tratamientos, inclusión o exclusión social etc) dado que entre las características de esta población encontramos: su alta movilidad espacial, su escaso o inexistente sostén familiar, y un importante porcentaje carente de seguimiento sanitario. Estas situaciones se detectan en espacios periurbanos o rurales donde se pone en evidencia que las políticas de salud no logran efectivizarse en todo el territorio (14).

Para mejorar la salud mental se requieren políticas y programas por parte de los sectores gubernamentales y comerciales incluyendo los sectores de educación, trabajo, justicia, transporte, ambiente, vivienda y asistencia social, así como actividades específicas en el campo de la salud relacionadas con la prevención y tratamiento de los problemas de salud (1).

El presente trabajo tiene como objetivo central cartografiar en el espacio geográfico de la ciudad de Montevideo, los aspectos epidemiológicos de la población masculina que se halla internada en el Hospital Psiquiátrico Público Teodoro Vilardebó de dicha ciudad a partir de un corte censal establecido y de esa manera poder establecer áreas o zonas de mayor o menor probabilidad en cuanto al hábitat de dicha población concurrente.

## **MATERIALES y MÉTODOS**

El Centro Hospitalario Psiquiátrico Teodoro Vilardebó, de carácter público, es el único centro en su especialidad, lo que lo transforma en un centro de referencia nacional para los usuarios mayores de 15 años. Fundado el 25 de mayo de 1880, fue declarado monumento histórico nacional en 1975. Se halla ubicado en la región centro-sur de Montevideo (FigNº3), capital del Uruguay, en el barrio Reducto sobre la Avenida Millán y muy cercano a vías de circulación importantes como Bulevar Artigas, General Flores y Avenida Agraciada, lo que le otorga la facilidad de accesibilidad.



Figura Nº3: Ubicación geográfica del Hospital Vilardebó en la ciudad de Montevideo

Comprende un área aproximada de 15.000 m<sup>2</sup>. Su espacio se compone de una planta física en donde se desarrollan las actividades de atención (consultas, internación, rehabilitación, etc.) rodeada de jardines y espacios verdes con una muy variada vegetación, lo que le da un carácter singular. Dicho centro hospitalario cuenta con Sector de Emergencia (atendiendo aproximadamente 3000 consultas mensuales), Internación (310 camas disponibles que incluyen un sector para pacientes judiciales en hombres y mujeres respectivamente y que su porcentaje de ocupación nunca es menor al 95%) y una Policlínica de Atención Ambulatoria

que da servicio a 3800 usuarios por mes aproximadamente (15), entre otros servicios que brinda.

El trabajo en su aspecto espacial comprende a la ciudad de Montevideo y se realizo entre Mayo de 2009 y Julio de 2009.

La información demográfica y epidemiológica se obtuvo a partir de la Base de datos del Sistema de Gestión en Salud (SGS) que funciona en dicho centro referida al corte censal del 30-05-09 exclusivamente.

La selección de la muestra de datos a analizar y cartografiar se dirigió exclusivamente a la población masculina internada en dicho centro y que en sus datos patronímicos al momento de su internación hubiesen presentado domicilio en la ciudad de Montevideo. Se descartaron aquellos internados que presentaron domicilio fuera de dicha ciudad o bien aquellos internados que figurasen sin domicilio (situación de calle).

Las variables que se tomaron en cuenta para las fichas de cada usuario fueron cinco (5): Sexo / Domicilio (barrio) /Tipo (ponderando como 1=Internados sin aspectos Judiciales, 2= Internados Judiciales a disposición del centro hospitalario y 3= Internados a disposición de Juzgado) / Edad / Diagnostico Psiquiátrico (Tabla N°1) / Código.

Tabla n°1:

Diagnósticos recabados

F19	Tr. mentales y del comportamiento. debidos al uso de múltiples drogas y otras
F23.8	Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F20	Esquizofrenia
F70	Retraso mental leve
F71	Retraso mental moderado
F60	Trastornos específicos de la personalidad
F10	Tr. mentales y del comportamiento. debidos al uso de alcohol
F31.8	Trastorno afectivo bipolar
F32	Episodio depresivo

Se trabajo con información demográfica según el Instituto Nacional de Estadística (INE)(16) e información cartográfica de la Intendencia Municipal de Montevideo(17).

Se colecto información acerca de las consultas en Salud Mental para todo el país aportadas por el Ministerio de Salud Pública (M.S.P). Se confecciono un mapa de ubicación de los diferentes Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) presentes en Montevideo a partir de información aportada por dicho Ministerio.

### Tratamiento de la Información

La información colectada y creada se trato desde dos aspectos:

A) La información recabada desde el SGS (BD epidemiológica de los internados del centro hospitalario) se incorporo a un Sistema de Información Geográfica (SIG) a partir del software Arc View 3.3 de ESRI conjuntamente con la información demográfica colectada desde INE y la IMM y se construyo un Sistema de Información Geográfica en Salud (S.I.G.S).

B) Tratamiento estadístico a la información recabada de la BD del SGS en dos formas: b1) Análisis de Clúster b2) Análisis ANOVA (Análisis de la varianza) a través del software Statistica 7.0.

## RESULTADOS

El tratamiento de la BD de datos del SGS de dicho según el corte censal del 30 de Mayo de 2009 determino la existencia de una población masculina de 180 internados (tabla 2).

Tabla nº2:

Población Masculina al 30-05-09

Pob.total	Montevideo	Fuera de Montevideo
180	130	50

Dentro de la población de usuarios internados en dicho centro que figuraban ser de Montevideo, 16 no aportaron domicilio (tabla 3):

Tabla nº3:

Población Masculina de Montevideo al 30-05-09

Pob. Montevideo	Con domicilio	Sin domicilio
130	114	16

La población a estudio comprende el 63% de la población total masculina internada al 30-05-09 pero, representa el 87,7% de la población que dice ser de Montevideo al momento de ingresar al centro.

## TRATAMIENTO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRAFICA EN SALUD:

1) Realizamos una interpolación de puntos según la variable tipo (tablaNº4) en Arc View 3.3 (Figura Nº4):

Tabla nº4:

Población Masculina según TIPO al 30-05-09

TIPO	No Judiciales	Jud.a disp. del Hospital	Jud.a disp.. del Juzgado
Valor	1	2	3

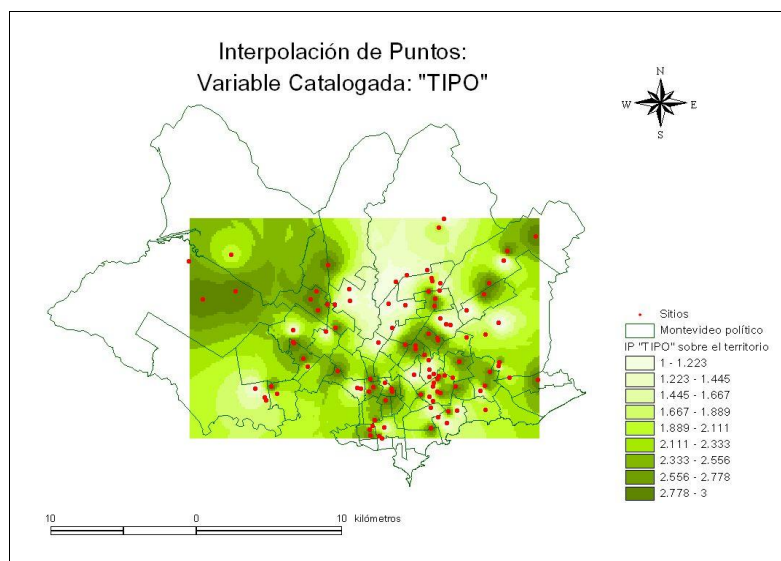


Figura Nº4: Interpolación según variable TIPO

Dicha interpolación nos permite observar, según nuestra muestra de datos, áreas de probabilidad para Montevideo según la variable TIPO, de donde, se observa que el TIPO=3

posee una gran distribución, lo que de permanecer esta tendencia en una muestra mayor de datos, estaría definiéndonos áreas de extrema vulnerabilidad socio-territorial desde donde, la población que llegase al centro hospitalario tendría grandes posibilidades de poseer sobre si algún aspecto judicial.

2) Realizamos una interpolación de puntos según la variable Edad en Arc View 3.3 (Figura N°5):

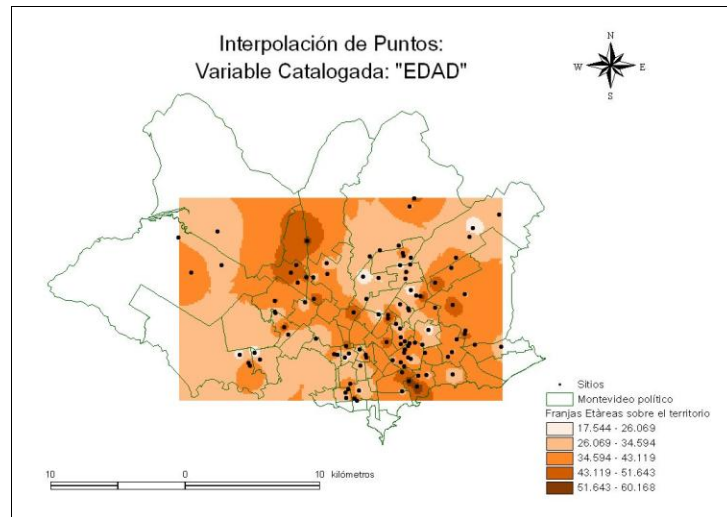


Figura N°5: Interpolación según variable EDAD

Dicha interpolación nos permite observar, según nuestra muestra de datos, áreas de probabilidad para Montevideo según la variable EDAD, de donde, se observa que la franja etaria menor a los 26 años se halla alojada al SW y NE de la capital separadas por un corredor etario que es mayor a los 34 años claramente notorios.

### TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LA INFORMACIÓN:

1-Análisis de Cluster (Figura N°6)

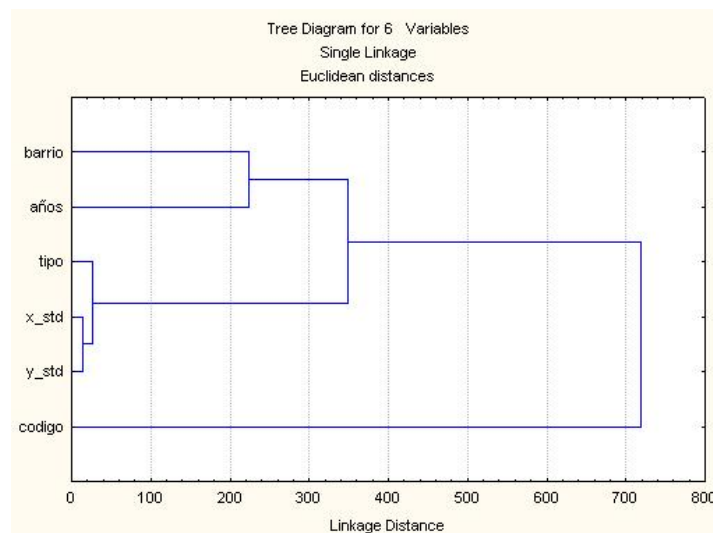


Figura N°6: Analisis de Cluster (BD SGS)

El análisis de clúster nos permite identificar dos (2) grupos de asociaciones conformado por: 1(la edad de los internados y su domicilio (barrio), es decir, se da cierta lógica en la distribución espacial de la población internada en el centro hospitalario según su edad, y 2

(el tipo de internado y su localización cartográfica) donde, existe una fuerte asociación entre los aspectos no judiciales y judiciales de los usuarios y su localización geográfica. Éstas dos (2) agrupaciones al conformar un grupo mayor se vinculan con el diagnóstico (código) de dichos usuarios lo que determina una lógica territorial.

## 2-Analisis de Varianza (ANOVA) (Figura N°7) (Figura N°8) y (Figura N°9)

Dada la diferente escala de las coordenadas cartográficas (X e Y), se trato a todas las variables de la BD asociadas en conjunto en dos partes:

### 2-1-Distribución de las variables asociadas en el Eje X (Coordenada Cartográfica)

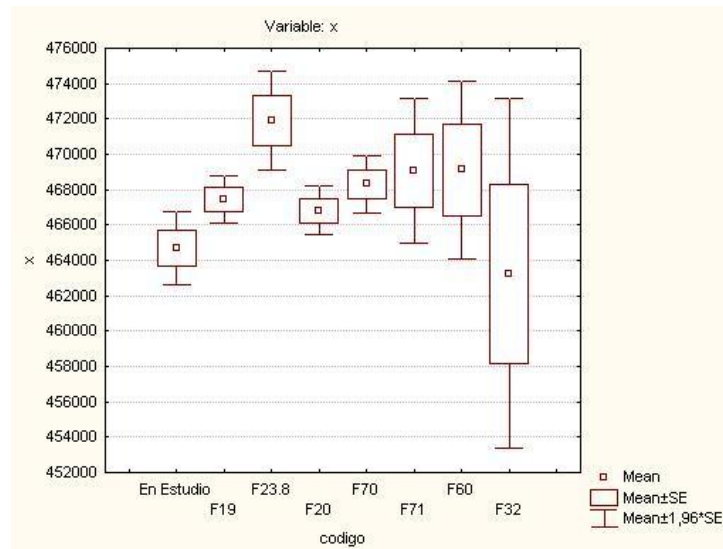


Figura N°7: Anova según eje X (Coordenada Cartográfica)

### 2-2-Distribución de las variables asociadas en el Eje Y (Coordenada Cartográfica)

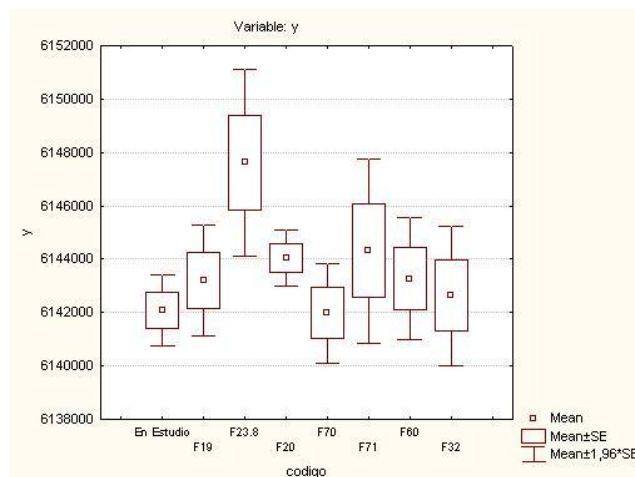


Figura N°8: Anova según eje Y (Coordenada Cartográfica)

Ambos análisis nos permiten observar la dispersión / concentración sobre el territorio de la variable Diagnostico.

### 2-3-Distribución de las variables asociadas en los Ejes X e Y (Coordenadas Cartográficas) en conjunto



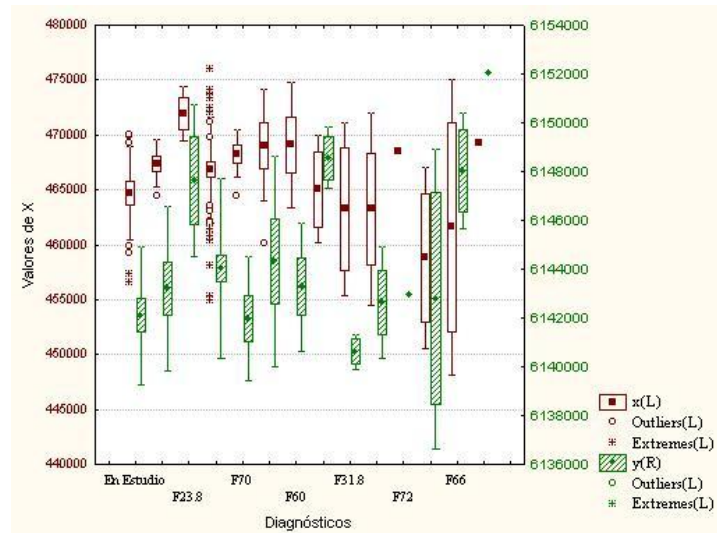


Figura N°9: Anova según Ejes X e Y(Coordenadas Cartográficas)

Éste análisis se basa en la tabla de datos recabada desde el SGS (Tabla N°5).

Tabla N°5.:

Ocurrencia de Diagnósticos de la muestra tratada

Diagnóstico	F20	En estudio	F19	F70	F71	F60	F32	F23.8	Otros	Total
Nº	47	17	10	7	6	5	3	3	<3	
% del total	41,23	14,91	8,77	6,14	5,26	4,39	2,63	2,63	14,04	100
Muestra	114 datos									

Nos permite visualizar claramente que, el Diagnostico catalogado como F20 (Esquizofrenia) es quien se representa bajo una distribución espacial muy concentrada tanto en X como en Y, lo que nos sugiere que existe una zona de Montevideo que es más propicia a que se hallen ciudadanos con tal patología. De hecho, el 46% de la población total del Hospital Vilardebó padece como Diagnostico primario F20 y casi el 50% de la muestra tratada en el presente estudio es F20, de ahí su valor superlativo y (Figura N°10).

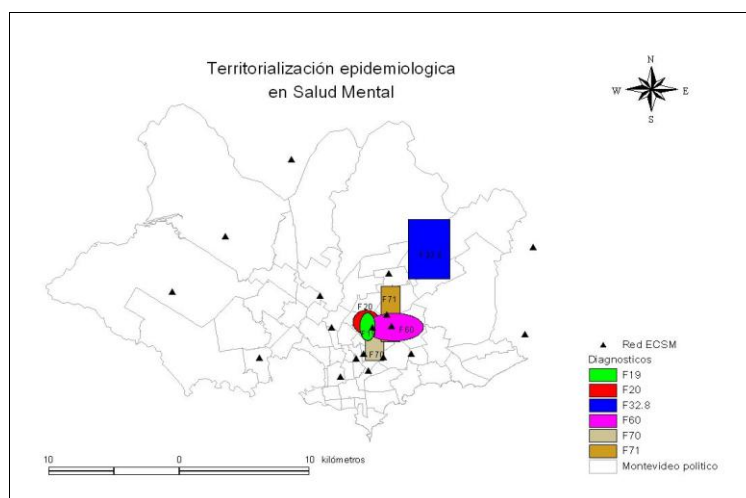


Figura N°10: Territorialización y rangos aproximados de concentración/dispersión según diagnósticos y ubicación de ECSM

A su vez, observamos en la información cartografiada que, la mayor cantidad de ECSM se sitúa en las proximidades a estas áreas (Figura N°11). que expresan cierta concentración en los componentes epidemiológicos analizados.

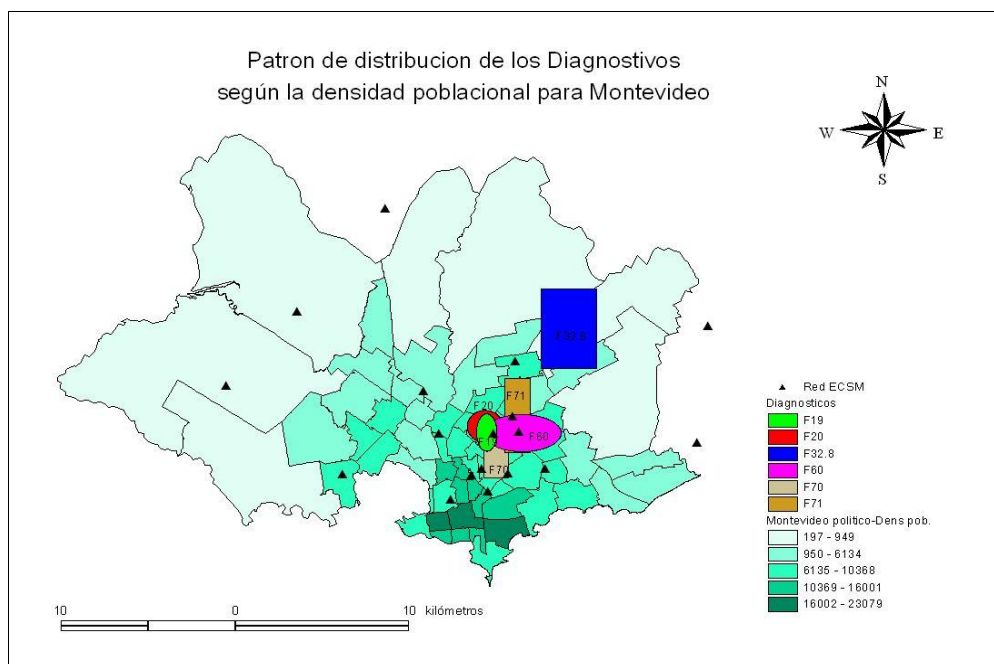


Figura N°11: Territorialización y rangos aproximados de concentración/dispersión según diagnósticos / densidad poblacional para Montevideo 2004(INE).

## DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

La caracterización epidemiológica en Salud Mental y su representación cartográfica a los efectos del presente estudio, deja abiertas las posibilidades a que se presenten otros análisis no solo más profundos sino con mayor escala espacio-tiempo y una muestra de mayor alcance. El uso de las TIG permite la visualización espacial de los hechos sanitarios, lo que nos ofrece la posibilidad de no solo observar el despliegue territorial (concentración-dispersión) de tales fenómenos sino, su inminente evaluación para poder establecer políticas de salud. Los resultados aquí obtenidos permiten observar que, existe un espacio de Montevideo que concentra no solo en cantidad sino que en ella se da la supremacía de ciertos diagnósticos psiquiátricos asociados específicamente a la muestra tratada, lo que nos abre infinitas preguntas y posibles trabajos de investigación; su asociación con los factores ambientales y demográficos, historias de vida de familias, efectos de la marginalidad y exclusión social, etc. ¿Será entonces que existen espacios territoriales que son más captadores que otros de población con problemas psiquiátricos?, o bien, ¿será que quienes sufren de éstas discapacidades funcionales se refugian en ambientes socio territoriales que algo les ofrecen?. La pregunta se traslada entonces a la incidencia del medio físico sobre los seres humanos, dado que, si existen áreas captadoras, ¿existen áreas que segregan a ésta población?.

Los resultados obtenidos mantienen, aún cuando la muestra sea reducida, correlación por ejemplo, con los datos ofrecidos por el MSP en donde, los ECSM del sector SE de Montevideo presentan un crecimiento continuo de consultas, de ahí, la concentración espacial en la ubicación de los ECSM.

El presente trabajo intenta ingresar a un área de trabajo incipiente en el Uruguay, la Geografía de la Salud y que ésta busca aportar sus técnicas y metodologías a un aspecto tan delicado para el ser humano como lo es la salud, sus expresiones y variantes espaciales.

## ANEXO

Un agradecimiento especial a la Dirección de Salud Mental (DSM) del MSP, a la Dirección del Hospital Vilardebo por el apoyo brindado especialmente a la Dra. Andrea Acosta y Dra. Patricia Labraga; al Dr. Juan Hernández Faccio (Laboratorio de Técnicas Aplicadas al Análisis del Territorio del Dpto. de Geografía de Facultad de Ciencias quien me alentó en todo momento a que desplegara ésta área de estudio e investigación y al Dr. Carraso-Letelier, Leonidas por sus enseñanzas académicas y por su apoyo incondicional.

## REFERÊNCIAS

- (1) OMS (2001a). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa, N°. 220)
- (2) PATEL V, Kleinman A (2003). Pobreza y trastornos mentales comunes en países en desarrollo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 81:609-615.
- (3) Fuente: Adriana Mancilla, "Gastroenteritis infantil en Chiapas y Oaxaca", *Cuarto Poder*, 2 de agosto de 2001.
- (4) PINCKENHAYN, Jorge A. Fundamentos teóricos de la geografía de la salud. *Boletín de Geografía*, Universidad Nacional de Tucumán. s.d.. Disponible en: <<http://picken@ffha.unsj.edu.ar>>. Acceso en 10 nov. 2003.
- (5) ARTEAGA, Luis. *Miseria, miasmas y microbios: Las Topografías Médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX*. Universidad de Barcelona ISSN:0210-0754 Depósito Legal: B. 9.348-1976 Año V. Número: 29 Noviembre de 1980
- (6) OLIVERA, A., 1993. "Geografía de la Salud". Editorial Síntesis, S.A. Madrid. España.
- (7) Equipo de trabajo: Hospital Psiquiátrico Teodoro Vilardebó
- (8) Greenhill M. *Psychiatric Units in General Hospitals*: 1979. Hosp & Comm Psych
- (9) LARROBLA, C. *Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2007;71(2):125-134
- (10) 1979; 30(3):169-182. OPS/OMS y Ministerio de Salud de Brasil. *La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Brasilia, 7 al 9 de noviembre, 2005 (formato CD).
- (11) Caldas de Almeida, J.M. *Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina* *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Volumen 71 N° 2 Diciembre 2007.
- (12) Gines, A., Porciuncula, H., Arduino, M. 2005. *El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2005;69(2):129-150.
- (13) Fuentes: Estadísticas del Ministerio de Salud Pública (MSP), 2008.
- (14) GIRALDEZ, C., HERNANDEZ, J. *El poblamiento y la distribución de la Red de Salud Mental Pública como expresiones de desigualdades territoriales para la ciudad de Montevideo*. Congreso de Geografía de América Latina (EGAL) 2009
- (15) Fuente: Servicio de Información Hospitalaria (SIH) del Hospital Vilardebo.
- (16) Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2004 (Primera Fase).
- (17) Fuente: Intendencia Municipal de Montevideo (IMM): [www.montevideo.gub.uy](http://www.montevideo.gub.uy)