

## ANÁLISIS ESPACIAL EN SALUD MENTAL: EL CASO DEL HOSPITAL VILARDEBÓ DE MONTEVIDEO-URUGUAY

### SPATIAL ANÁLISIS OF MENTAL HEALTH: THE CASE OF VILARDEBO HOSPITAL, MONTEVIDEO-URUGUAY

Giraldéz García, Carlos Gonzalo

Tesista en Lic.Geografía-Facultad de Ciencias-Uruguay

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

#### RESUMEN

**Introducción.** 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,C.L.,1985). **Objetivos.** Analizar espacialmente a la población de género masculino internada en el Centro Hospitalario Psiquiátrico Vilardebó de Montevideo, cuyo origen sea de dicha ciudad. **Metodología.** Abordaje cuantitativo a partir de un estudio transversal. La información colectada y creada se incorporó a un Sistema de Información Geográfico en Salud y se trató estadísticamente: análisis de clúster y anova. **Resultados.** Existe un patrón de distribución espacial de dicha población con tendencia a la concentración en ciertas áreas de la ciudad por sobre otras. La patología esquizofrenia presenta no solo la mayor frecuencia en el universo tratado (41,23%) sino una concentración territorial muy intensa hacia el SE de dicha ciudad. Se visualizan áreas de inferencia de aspectos etarios y judiciales de dicha población de alta significación por su incidencia en lo asistencial. **Conclusiones.** La realización de cartografía en Salud Mental no solo permite observar su expresión territorial sino sus relaciones con el medio físico, hábitat, y factores demográficos. Esto permite orientar planes y políticas sanitarias en pos de una intervención adecuada.

**Palabras clave.** Salud Mental – Esquizofrenia – Políticas Sanitarias

#### ABSTRACT

**Introduction.** Mental Health Problems in the general population have a important growth recognizing as a concern of Public Health the cronic alcoholismo, the esquizofrenia, the senile dementia, the mental severo delay and the depressive disease (COOPER,C.L.,1985). **Objectives.** Analyze the population intership into Psychiatric Vilardebó Hospital of sex male from Montevideo. **Methodology.** Quantitative approach in a cross study. The information collect and created joins to Geographic Information Systems Health and treaties stastically: analysis of Cluster and Anova. **Results.** This populations tends to concentrate on certain areas of Montevideo. The pathology esquizofrenia showed major frequency (41,23%) and a territorial concentration intense towards South East of the city. There are interference in age and judiciales aspects highly important for its impacts on the asistencial. **Conclusions.** The realization of Mapping of Mental Health permit to observe its territorial expresions, relations with the physical environmente, habitab, demographic factors, to permite the plans guide, and health policy for a appropriate intervention.

**Key words.** Mental Health – Esquizofrenia – Health Policy

## 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”.*  
(OMS,2001).

### Antecedentes

“Los problemas en 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,C.L.,1985).

“Desde la psiquiatría y la epidemiología, se ha reconocido la necesidad de ampliar la perspectiva de abordaje de los problemas en 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,D.V. , 1987).

“La Declaración de Caracas, adoptada en 1990 durante la Conferencia sobre la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina , constituyó un importante hito en el proceso de reforma de los servicios de salud mental al proponer integrarlos en la atención primaria y en los sistemas locales de salud” (ROSES PERIAGO, M., 2005),

“promoviendo dos objetivos esenciales: la superación del modelo de servicios psiquiátricos basado en la hospitalización y la lucha contra todos los abusos y la discriminación de que son víctimas las personas con problemas de salud mental” (CALDAS DE ALMEIDA,J.M., 2007).

Existe una fuerte oposición al modelo asilar-manicomial de hasta entonces, proponiéndose una reestructuración sobre pilares asistenciales fundamentalmente de carácter preventivo e integrados a la comunidad en pos de una deshospitización de los individuos.

### Sociedad y Salud Mental

“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” (PATEL,V.; KLEINMAN, A., 2003), afectando en distinta magnitud y gravedad a los diferentes grupos sociales de acuerdo con su sexo, edad y nivel socio-económico.

“En América Latina y el Caribe, al igual que en muchos países desarrollados, se puede observar que el progreso económico, las transformaciones sociales y el aumento de la longevidad, han estado acompañados de un aumento en la problemática psicosocial” (RODRIGUEZ,J., 2007).

“En 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe; en el año 2002 esa carga había ascendido a más del doble,22,2%” (SARACENO,B. et al,2005).

“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” (CALDAS DE ALMEIDA,J.M., 2007).

## Uruguay

A partir de 1996 ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado), perteneciente al Ministerio de Salud Pública crea una Red de Equipos Comunitarios en Salud Mental (ECSM) distribuidos en todo el territorio (GINES, A., PORCIUNCULA, H., ARDUINO ,M. 2005.), el cual sigue las pautas internacionales de sustituir paulatinamente la hospitalización psiquiátrica por un nuevo modelo de intervención comunitaria que permita al usuario participar de una cadena asistencial con mayor retorno a la sociedad a partir de la acción de equipos interdisciplinarios conformados por Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, etc, y que puedan responder más integralmente a las demandas de los usuarios.

Hoy día existen 43 ECSM donde, 28 se hallan distribuidos en el interior del país (Figura N°1) y 15 en Montevideo (Figura N°2).



Figura N°1. ECSM en el interior del país

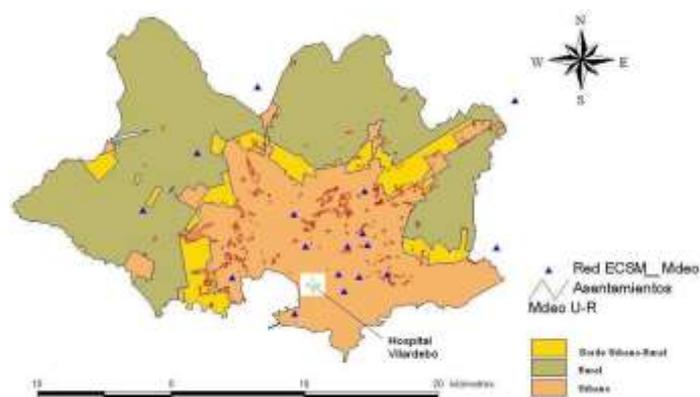


Figura N°2. ECSM en Montevideo

La situación de cada ECSM es particular y obedece a factores de la lógica intrínseca y funcional que el territorio ofrece, en cuanto a ubicación geográfica, al medio que le recibe (tanto físico como social) y desde las posibilidades que el mismo ECSM posea de responder a la demanda de consultas de la población (GIRALDEZ, C., HERNANDEZ, J., 2009).

Estos ECSM promueven la atención a más de 280.000 consultas por año (Tabla N°1), (Fuente: Dirección de Salud Mental, 2008: Ministerio de Salud Pública)

Tabla 1  
Consultas 2004-2006-2007 en los ECSM

	<b>Consultas</b>		
	Año 2004	Año 2006	Año 2007
Montevideo	102.311	111.888	130.447
Interior	91.518	87.380	152.078
<b>Total</b>	<b>193.829</b>	<b>199.268</b>	<b>282.525</b>

	2004-2006	2006-2007	2004-2007
<b>%Variación Consultas</b>	(+) 2,81	(+) 41,78	<b>(+) 45,76</b>

Así mismo, existe una dinámica socio territorial que se potencia y dinamiza 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 con mayor grado en espacios periurbanos o rurales donde se pone en evidencia que las políticas de salud no logran efectivizarse en todo el territorio ni en toda la población (GIRALDEZ, C., HERNANDEZ, J., 2009).

“Históricamente, el hospital o sanatorio psiquiátrico amparaba todo lo que era abandonado o para lo que la sociedad no tenía respuesta. Hoy se afianza el concepto de no medicalizar ni psiquiatrizar situaciones psicosociales y que otros organismos y actores de la sociedad deben asumir la responsabilidad que les corresponde (MONTALBAN, A., 2005)

### **Geografía y Salud**

“Desde tiempos remotos el hombre ha tratado de representar al espacio que lo rodea, como así también los fenómenos y procesos que se dan en el mismo. Este intento se ha ido perfeccionando con el correr del tiempo, ampliándose, a su vez, los temas a representar” (ACOSTA, L., et al. 2005).

“El problema de la salud y sus connotaciones espaciales ocupó prácticamente a todos los geógrafos de la nutrida historia que ésta 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” (PINCKENHAYN, JORGE, A., 2003).

“El origen de los estudios en 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” (ARTEAGA, L., 1980).

“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), llamándose desde entonces Geografía de la Salud, como agregado a los contenidos de Geografía Médica y Geografía de los Servicios Sanitarios” (OLIVERA, A., 1993).

### Objetivo

Analizar en el espacio geográfico de la ciudad de Montevideo, aspectos sanitarios referentes a la población de género masculino que se halla internada en el Hospital Psiquiátrico Vilardebó, de carácter público de dicha ciudad, a partir de un estudio transversal y así poder visualizar e identificar áreas o zonas con diferente probabilidad y o vulnerabilidad en cuanto al hábitat de población potencialmente concurrente a dicho nosocomio.

## MATERIALES y MÉTODOS

### Hospital Vilardebó

El Centro Hospitalario Psiquiátrico Vilardebó, de carácter público, se halla ubicado en la región centro-sur de Montevideo (Figura N°3), 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. Es el único centro en el país en su especialidad, lo que lo transforma en referencia nacional para los usuarios mayores de 15 años. Fundado el 25 de mayo de 1880, fue declarado monumento histórico nacional en 1975.

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 (Figura N°4).



Fuente: Google Earth 2008



Fuente: Google Earth 2008

Figura 3. Hospital Vilardebó en Montevideo

Figura 4. Espacios en Hospital Vilardebó

Dicho centro hospitalario cuenta con un Sector de Emergencia (atendiendo aproximadamente 1250 consultas mensuales); Internación (con 300 camas disponibles donde, el porcentaje de ocupación nunca es menor al 95%) que incluye un sector para pacientes judiciales en hombres y mujeres respectivamente; Policlínica de Atención

Ambulatoria (atención a 3800 usuarios por mes aproximadamente) (Fuente: S.I.H 2009, Hospital Vilardebó).

### **Perspectiva Metodológica**

Cuantitativa a partir de un estudio transversal

### **Tratamiento de la Información**

La información colectada y creada se incorporó a un Sistema de Información Geográfico en Salud y se trató estadísticamente en dos formas: análisis de clúster y anova.

### **Espacialidad**

El presente trabajo en su aspecto espacial comprendió a la ciudad de Montevideo

### **Muestra Universo**

Población de género masculino internada en dicho centro hospitalario al 30 de Mayo del 2009 con origen en Montevideo, descartándose aquellos internados con origen fuera de dicha ciudad o bien que figurasen sin domicilio (situación de calle).

### **Colecta de Información**

Se recabó información: epidemiológica, de la Base de datos (BD) del Sistema de Gestión en Salud (SGS) que funciona en dicho centro; demográfica, desde el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2006); cartográfica, desde la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM, 2007); consultas en Salud Mental aportadas por la Dirección de Salud Mental (DSM,2008) del Ministerio de Salud Pública (M.S.P).

Las variables que se tomaron en cuenta respecto a la población a estudio para su interpretación espacial y estadística 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 (su egreso del hospital no depende de los técnicos sino de un Juzgado) / Edad / Diagnóstico Clínico (Código).

### **Software**

Arc View 3.3, SigEpi y Statística 7.0

## **RESULTADOS**

- **Población a Estudio.** Al 30 de mayo de 2009 (Tabla N°2), se encontraban internados en dicho centro hospitalario 180 hombres, equivalente al 63,15% de la población total del mismo. Los aspectos establecidos por el estudio eran reunidos por 114 hombres (casos), lo que corresponde al 63,3% de la población masculina asilada.

Tabla 2

Población Masculina al 30-05-09

Población Total	Mujeres	Hombres	Hombres Montevideo	Hombres de Montevideo con Domicilio
285	105	180	130	114

- **Tratamiento en el Sistema de Información Geográfico en Salud (SIGS).**

A) Realizamos una interpolación de puntos según la variable Tipo (Tabla N°3) en Arc View 3.3 (Figura 5):

Tabla 3  
 Población Masculina según variable TIPO

Tipo	No Judiciales	Judicial a disposición del Hospital	Judicial a disposición del Juzgado
Valor	1	2	3

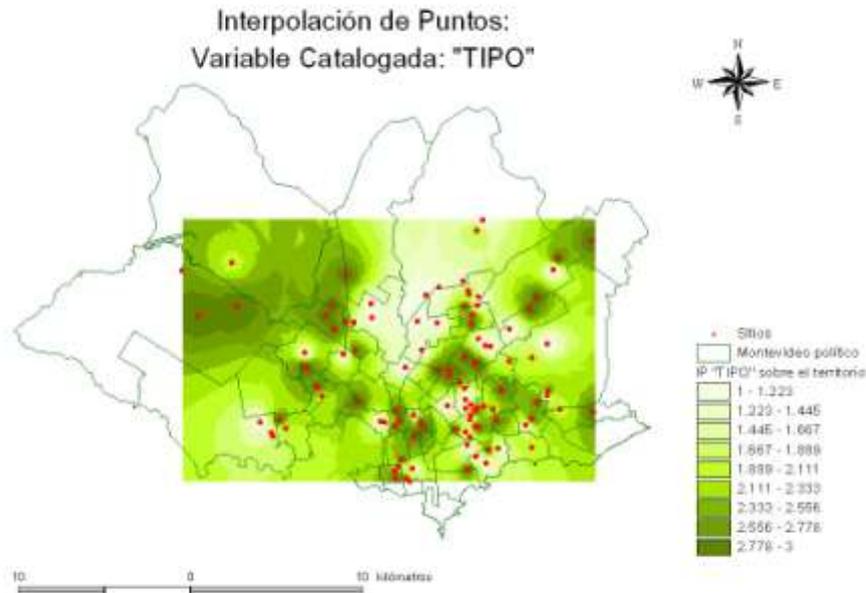


Figura 05. Interpolación según variable TIPO

Se observan áreas de probabilidad para Montevideo donde, la tendencia o distribución territorial de dicha variable para el valor tres (3= Internados a disposición de Juzgado) es de gran extensión pero, también con cierta localización geográfica lo que estaría definiendo áreas de extrema vulnerabilidad socio-territorial, desde donde, la población que llegase al centro hospitalario tendría grandes posibilidades de poseer sobre sí algún aspecto judicial de marcada magnitud y trascendencia social. El 58% de la población masculina internada en dicho centro tiene algún componente judicial asociado a su patología. A su vez, de la población masculina con alguna característica judicial, el 74% presenta aspectos judiciales de tipo 3. Estos usuarios pueden egresar del hospital sólo luego de que dado el alta médica, el juzgado ordene su salida del centro, lo que incide sensiblemente en las posibilidades del centro en asilar a población sin aspectos judiciales.

A) Realizamos una interpolación de puntos según la variable Edad en Arc View 3.3 (Figura 6):

Se observan áreas de probabilidad para Montevideo donde, la franja etaria menor a los 34 años se halla alojada al SW y NE de la capital, separadas por un corredor etario que es mayor a los 34 años. El 65% de la población total de dicho centro asilada presenta una franja etaria entre 20 y 44 años, de ahí lo sensible de este aspecto en

cuanto a la potencial población concurrente. Éste indicador mantiene un comportamiento similar desde hace por lo menos 15 años (Fuente: S.I.H 2009, Hospital Vilardebó) para la población eventualmente asilada.

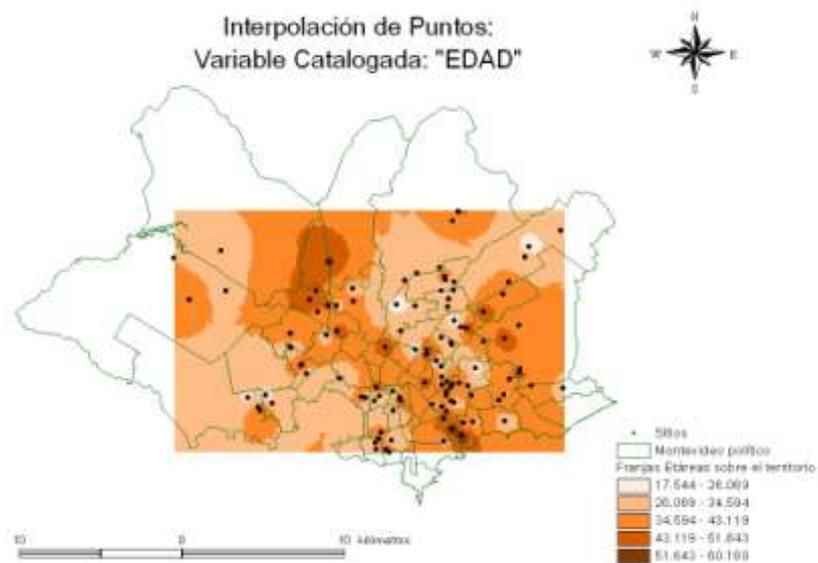


Figura 6. Interpolación según variable EDAD

Este aspecto es de enorme importancia dado que estaríamos identificando aquella población que es "potencialmente productiva" no solo para si mismo sino para la sociedad en su conjunto, y de hecho, el poder intervenir asistencialmente a tiempo, permitiría su inserción-reinserción en la red socio-laboral-educativa que redundaría en un beneficio integral del individuo y su medio inmediato que como consecuencia traería la mejora del colectivo.

- **Tratamiento Estadístico de la Información.**

El análisis de la información recabada desde el SGS para la ocurrencia de la variable Diagnóstico (código) nos permitió observar que, la Esquizofrenia (F20) es quien presentó mayor frecuencia relativa con un 41,23% sobre el total (Tabla N°4). Aquellos diagnósticos con una presencia absoluta menor a 3 se agruparon y no se analizaron territorialmente.

Tabla 4  
Ocurrencia de Diagnósticos de la muestra tratada<sup>2</sup>

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	<b>41,23</b>	14,91	8,77	6,14	5,26	4,39	2,63	2,63	14,04	<b>100</b>
Muestra	<b>114 datos</b>									

<sup>2</sup> Tabla con Nomenclatura de Diagnósticos en Anexo

### Análisis de Clúster (Figura 7)

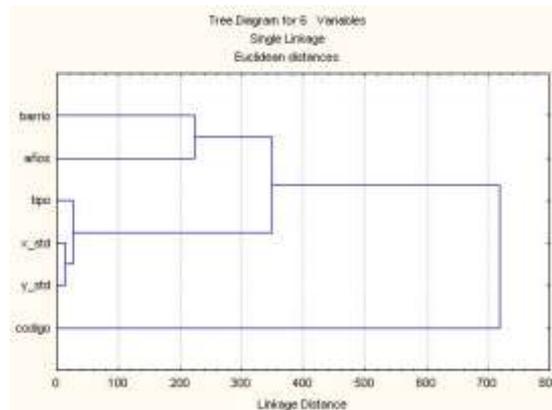


Figura 7. Análisis de Clúster (BD SGS)

Observamos dos grupos de variables asociadas:

- 1.1 - Edad (años) / domicilio (barrio), lo que devuelve la existencia de cierta lógica territorial entre este par de variables;
- 1.2 - Tipo / representación cartográfica (X e Y), con una fuerte asociación entre los aspectos no judiciales y judiciales de los usuarios y su localización geográfica.

### Análisis de Varianza (ANOVA)

Dada la escala de las coordenadas cartográficas (X e Y) para Montevideo, se trató a la variable diagnóstico (código) para observar su comportamiento y distribución territorial en dos partes:

- 2.1 - Distribución territorial de la variable Diagnóstico (código) para dicha ciudad según Eje X (Coord. Cartog.) (Figura 8) y Eje Y (Coord. Cartog.) (Figura 9)

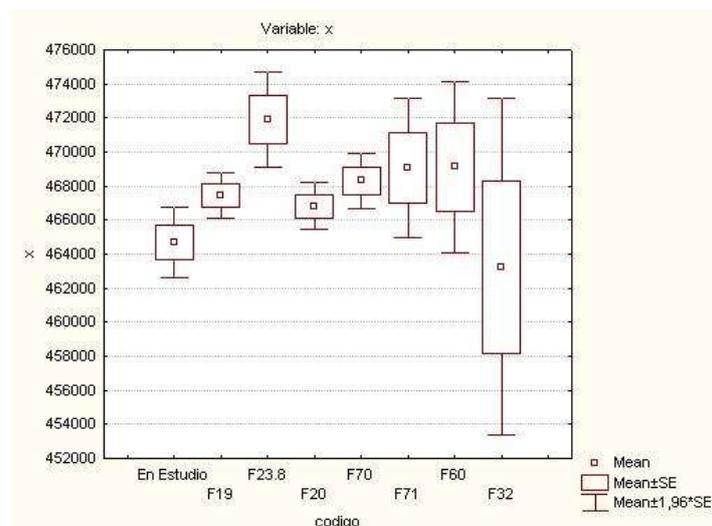


Figura 8 - Anova según eje X (Coord. Cartog.)

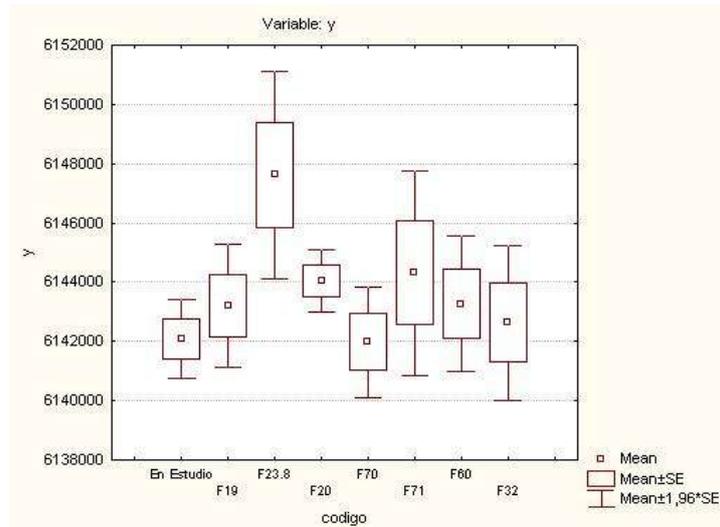


Figura 9 - Anova según eje Y (Coord. Cartog.)

El tratamiento estadístico permitió visualizar claramente que, el Diagnóstico catalogado como Esquizofrenia (F20) no solo es el de mayor ocurrencia sino que posee una característica de distribución espacial muy concentrada tanto en X como en Y. Los otros diagnósticos se presentan con una frecuencia relativa muy por debajo de la mencionada y a su vez con una distribución territorial menos concentrada.

De todos modos, en conjunto, perpetúan la tendencia de hallarse orientadas hacia el SE de la capital (Figura N°10), determinando un “Momento Geográfico de la Salud Mental” muy concreto en ese espacio de la ciudad. A su vez, observamos en la información cartografiada que, la mayor cantidad de ECSM se sitúa en las proximidades a estas áreas que expresan cierta concentración en los componentes epidemiológicos analizados.

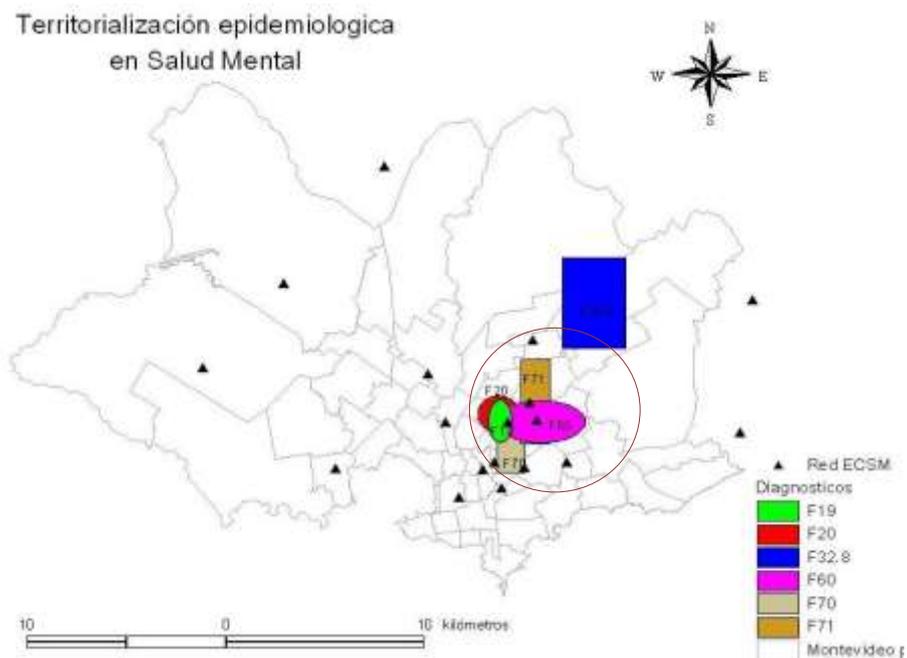
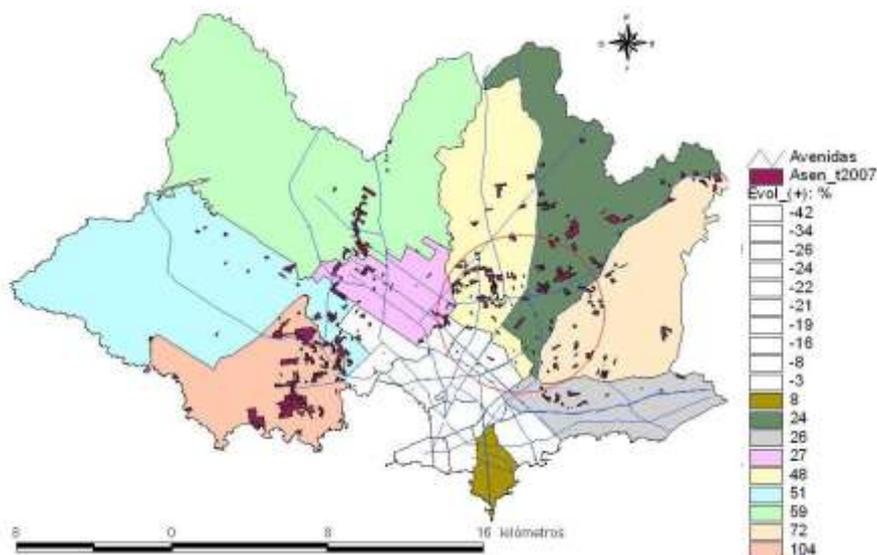


Figura 10. Territorialización en Salud mental para Montevideo

Otro hecho de importancia a remarcar es que en éstas áreas (o bien en sus proximidades) se da la presencia de asentamientos irregulares en forma notoria (Figura 11), como reflejo de un poblamiento que ha sido intenso y marcado fundamentalmente por su continuidad, acentuado en fajas del borde Urbano-Rural de la capital.



FUENTE: (IMM, 2007 y Elaboración Propia a partir de datos de INE, 2006)

Figura 11. Evolución del Poblamiento para Montevideo 1963-2004 / Presencia de Asentamientos Irregulares al 2007

## CONCLUSIONES

- El uso de las Tecnologías de Información Geográfica (TIG) permite la visualización espacial de los hechos sanitarios (en este caso Cartografía en Salud Mental), ofreciendo la posibilidad de observar su comportamiento territorial (concentración-dispersión), aportando elementos y herramientas para una mejor evaluación a favor del establecimiento de políticas en salud en el primer nivel de atención, en pos de una intervención adecuada.
- Los resultados obtenidos presentan en Montevideo, espacios que concentran cuanti-cualitativamente ciertas patologías psiquiátricas, sobresaliendo la esquizofrenia, abriendo la posibilidad de plantear múltiples preguntas y desde diversos enfoques: 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?.
- Otro tipo de interrogantes que surgen de los resultados planteados es poder determinar cómo ha intervenido en ésta problemática el poblamiento de

Montevideo: ¿cómo se dio?, ¿quienes se han trasladado?, ¿desde cuándo? y ¿por qué?

- Las características espaciales de la población internada con aspectos judiciales y que mantienen relación dada su edad y lugar de domicilio, ¿es evidencia para hablar sobre la existencia de territorios con mayor o menor vulnerabilidad social a hechos que vinculen delitos con enfermedades mentales?.
- Los planes dirigidos a la Red de ECSM pueden orientarse en pos de alcanzar a éstos territorios en donde se da la confluencia de factores sanitarios, ambientales y demográficos actuando en conjunto, lo que permitiría el máximo aprovechamiento de los recursos asistenciales, esenciales en la atención en Salud Pública. Las diferentes realidades espaciales en torno a los ECSM imponen dirigir adecuadamente las estrategias sanitarias contemplando dichas especificidades.
- El presente trabajo intenta ingresar a un área de trabajo incipiente en el Uruguay, la Geografía de la Salud, buscando aportar sus técnicas y metodologías a un aspecto tan delicado para el ser humano como lo es la salud, sus expresiones y variantes espaciales.

## REFERENCIAS

ACOSTA, L.; MALDONADO, F.; MAZUELOS, C.; VILLAVICENCIO, R. 2005. "Los sistemas de Información Geográfica y su aplicación en el ámbito de la Geografía de la Salud. Un estudio de la mortalidad en los departamentos que conforman el valle de Tulum". En "Contribuciones científicas", Gæa, Sociedad Argentina de Estudios Geográficos, Azul, Buenos Aires, ISSN 0328-3194 pág. 25 a 35.

ARTEAGA, L.1980. *Miseria, miasmas y microbios: Las Topografías Médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX*. Universidad de Barcelone ISSN:0210-0754 Depósito Legal: B. 9.348-1976 Año V.

CALDAS DE ALMEIDA, J.M. 2007. *Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 71 N° 2: pág.111-116.

COOPER, C.L. 1985. *The streee of work: An overview, Aviation*. Space and Environmental Medicine;56(7), pág.627-632.

DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL, 2008: Ministerio de Salud Pública.

GINES ,A., PORCIUNCULA, H., ARDUINO, M. 2005. *El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 69 N°2: pág.129-150.

GIRALDEZ, C., HERNANDEZ, J. 2009. *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) . <http://egal2009.easyplanners.info/area05/>. Trabajo N° 5890. ISBN 978 - 9974 - 8194 - 0 - 5.

HARRIS, D.V., HARRIS, B. 1987. *Psicología del Deporte. Integración mente cuerpo*. Hispano Europea.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE, 2006). [http://: www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy)

INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO (IMM, 2007):

[http://: www.montevideo.gub.uy](http://www.montevideo.gub.uy)

MONTALBAN, A. 2005. *El Plan de Salud Mental: 20 años después. Evolución, Perspectivas y Prioridades*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 69 N°2: pág.151-154.

OLIVERA, A. 1993. *"Geografía de la Salud"*. Editorial Síntesis, S.A .Madrid. España.

OMS.2001 *.Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa, N°. 220).

PATEL,V. ;KLEINMAN,A. 2003. *Pobreza y trastornos mentales comunes en países en desarrollo*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, N° 81: pág.609-615.

PICKENHAYN, JORGE A. 1999. *Fundamentos teóricos de la geografía de la salud*. Revista del Departamento de Geografía, San Miguel de Tucumán, Universidad Nacional de Tucumán, año V, N° 5. pág. 45-59.

RODRIGUEZ, J. 2007. *La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 71 N°2: pág.117-124.

ROSES PERIAGO, M. 2005. *La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas*. Revista Panamericana de Salud Pública. 18(4-5):223-225

SARACENO,B.,SAXENA,S.,CARAVEO-ADNUAGA,J.J.,KOHN,R.,LEVAV,I.,CALDAS DE ALMEIDA,J.M. et al. 2005. *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. Revista Panamericana de la Salud Pública; 18(4-5):pág.229-240.

SERVICIO DE INFORMACIÓN HOSPITALARIO del Hospital Vilardebó, (S.I.H, 2009).

## ANEXO

Tabla. Nomenclatura de Códigos (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