

**ASPECTOS GEOGRÁFICOS DAS CONSULTAS RECEBIDAS POR TENTATIVAS DE  
AUTOELIMINAÇÃO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL VILARDEBO NA CIDADE DE MONTEVIDÉU,  
ENTRE 2014 E 2015**

**ASPECTOS GEOGRÁFICOS DE CONSULTAS RECIBIDAS POR INTENTO DE  
AUTOELIMINACIÓN EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL VILARDEBÓ DE LA CIUDAD DE  
MONTEVIDEO, ENTRE 2014 Y 2015**

**Carlos Gonzalo Giraldez García**

Facultad de Ciencias – Udelar

Unidad de Farmacología del hospital Vilardebó

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

[ggiraldez@fcien.edu.uy](mailto:ggiraldez@fcien.edu.uy)

**RESUMO**

**Introdução.** Nas últimas décadas, o número de suicídios e tentativas de auto-eliminação aumentou significativamente em todas as regiões do planeta. Sendo um fenômeno multifatorial, apresenta-se como um grave problema de saúde pública devido às suas consequências individuais, coletivas e de saúde. Por isso, desde o final do século XX, diferentes protocolos, regulamentos e regulamentações foram aprovados, os quais, juntamente com estratégias locais, visam preveni-los. Nesse sentido, a ciência geográfica tem contribuído em sua leitura, explicação e compreensão a partir de suas abordagens, metodologias e técnicas, propondo novos eixos estruturantes do processo saúde - doença. **Objetivo geral.** Identificar os aspectos geográficos das consultas recebidas pela tentativa de auto-eliminação na Emergência do Hospital Vilardebó da cidade de Montevidéu, entre 2014 e 2015. **Metodologia.** Aspectos exploratórios, descritivos e de correlação foram combinados sob delineamento retrospectivo, quantitativo, não-experimental, transversal. Uma análise geo-espacial da informação foi realizada com base na construção de um Sistema de Informação Geográfica. **Síntese.** Uma proporção maior de consultas foi observada em mulheres com relação aos homens (59,7% e 40,3%, respectivamente), com uma média de idade menor nos homens do que nas mulheres (29,4 e 36,1 respectivamente). O R + 0,74 de Pearson foi determinado de acordo com aspectos sócio-territoriais e casos distribuídos de acordo com os bairros de Montevidéu. De acordo com o teste qui-quadrado, as variáveis histórico de consulta e IAE registrado não são independentes. Por sua vez, os casos de IAE mapeados de acordo com os Centros de Saúde e suas áreas de referência mostraram uma distância média maior nos Centros localizados na periferia urbana da cidade.

**Palavras chave:** Centros de saúde. Suicídio. Tentativa de autoeliminação. Territorial. Sig

**RESUMEN**

**Introducción.** En las últimas décadas el número de suicidios e intentos de autoeliminación se ha incrementado sensiblemente en todas las regiones del planeta. Siendo un fenómeno multifactorial, se presenta como un severo problema de salud pública debido a sus consecuencias individuales, colectivas y sanitarias. Debido a ello, desde finales del siglo XX se han aprobado distintos protocolos, normativas y regulaciones, que acompañado de estrategias locales tienen como objetivo su prevención. En ese sentido, la ciencia geográfica viene contribuyendo en su lectura, explicación y comprensión a partir de sus enfoques, metodologías

---

Recebido em: 13/10/2019

Aceito para publicação em: 11/11/2019

Artigo apresentado IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, Blumenau, SC, 2019.

y técnicas, proponiendo nuevos ejes estructurantes del proceso salud – enfermedad. **Objetivo general.** Identificar los aspectos geográficos de consultas recibidas por intento de autoeliminación en la Emergencia del hospital Vilardebó de la ciudad de Montevideo, entre 2014 y 2015. **Metodología.** Se conjugaron aspectos exploratorios, descriptivos y de correlación, bajo un diseño cuantitativo, no experimental, transversal, retrospectivo. Se realizó un análisis geoespacial de la información a partir de la construcción de un Sistema de Información Geográfica. **Síntesis.** Se observó mayor proporción de consultas en mujeres respecto de los hombres (59,7% y 40,3% respectivamente), con una edad media menor en hombres que en mujeres (29,4 y 36,1 respectivamente). Se determinó un R de Pearson +0,74 según aspectos socio-territoriales y casos distribuidos en función de los barrios de Montevideo. Según Test chi-cuadrado, las variables historiales de consultas e IAE registrado no son independientes. A su vez, los casos IAE cartografiados en función de los Centros de salud y sus áreas de referencia dejaron entrever una distancia promedio mayor en aquellos Centros ubicados sobre el borde periurbano de la ciudad.

**Palabras clave:** Centros de salud. Suicidio. Intento de autoeliminación. Territorial. Sig.

## INTRODUCCIÓN

*¿Cuál es, pues, ese sentimiento incalculable que priva al espíritu del sueño necesario a la vida?.*

No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: *el suicidio* (Camus, 1942); y continua: *“juzgar si la vida vale la pena vivirla o no, es responder a la pregunta fundamental de la filosofía. Las demás, si el mundo tiene tres dimensiones, si el espíritu tiene nueve o doce categorías, vienen a continuación”*. Así el suicidio, afirma Camus, no es otra cosa que confesar.

## MAGNITUD Y ABORDAJES DE LA PROBLEMÁTICA

El suicidio<sup>2</sup> representa un drama personal, familiar y social. Antes que un “grave problema de salud pública mundial” o de “salud mental”, es un drama vital (García *et al.*, 2018). Como señalaran hace más de una década Larrobla & Pouy (2007), el incremento en el número de suicidios e intentos de autoeliminación -IAE- en todos los países, sin distinción del grado de desarrollo, había ganado la preocupación tanto de investigadores como de responsables gubernamentales. Según la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2012), el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, previéndose llegar en 2020 al 2,4%. El mismo organismo en su informe del año 2014, *Prevención del Suicidio: un imperativo global*, expresaba que durante 2012 se habían consumado 803.900 suicidios, siendo el 75,5% -606.700 casos- en países de ingreso medio y bajo y el restante 24,5% -197.200 casos- en países de ingreso alto. El mismo trabajo establecía algo muy relevante: *los suicidios eran evitables*. Con tasas aumentadas un 60% en las últimas cuatro décadas, es cada 40 segundos que existe una pérdida por este motivo, siendo la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2018). También es sabido que por cada suicidio consumado no solo 100 personas se hallan afectadas

<sup>2</sup> Etimología de la palabra suicidio: La palabra Suicidio viene de dos términos del latín: *suicidium* formado de *Sui* (de sí, a sí) y *Cidium* (acto de matar, del verbo *caedere* = cortar y matar), denotando la acción de quitarse la vida. El fenómeno del suicidio abarca la Ideación Suicida (pensar y desear), el Intento Suicida (conductas sin resultado de muerte) y el Suicidio consumado. <http://etimologias.dechile.net/?suicidio>

(OMS, 2018), sino que ocurren entre 20 a 40 IAE (OMS, 2008 en Garay & Vazquez, 2010), de allí que su reducción y prevención sea una prioridad en las políticas de salud pública (Arenas *et al.*, 2016). Y en ese sentido, dicha problemática ha sido abordada desde diversos campos del saber cómo forma de contribuir en la comprensión, explicación y prevención del fenómeno. Como señalan Anrubia & Gaona (2015), “ni hay una causa, ni una explicación única de por qué se suicidan las personas, se expresa en tanto como un cúmulo de motivos en interrelación y adecuados a la situación cultural y psicológica del sujeto. No obstante, no es suficiente con hablar en plural o recrear un laberinto multicausal del suicidio, es necesario la hiper reflexividad. Así por ejemplo, el origen del abordaje sociológico en la temática, en la obra de Durkheim de 1897, *El suicidio*, connota a la cuestión bajo dimensiones como la integración social y la moral entre otros constructos. Su enfoque sociológico no es nunca reducible a la explicación por los términos simples del compuesto social, es decir, *los individuos*, ni se explica como resultado de una adición de unidades tomadas separadamente (Minetti, 2011). Según Durkheim, los indicadores de suicidio no pueden ser explicados por motivaciones individuales; es decir, no son los individuos los que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertos individuos, y ello resulta de perturbaciones ocurridas en la relación entre dicho individuo y la sociedad (Rodríguez *et al.*, 1990). A su vez, desde lo fenomenológico se insiste en la recuperación de la *experiencia vivida, del sentido y la historia* como explicación frente a la ciencia positivista -mundo-de-la-ciencia-y-técnica-, que suponía en última instancia una disolución de los valores y del sujeto en favor del objeto (García *et al.*, 2018). En cambio, las teorías psicológicas o psicoanalíticas se introducen en la cuestión desde diversas posturas, relacionadas por un lado con el sustrato intrapsíquico del suicidio, postura derivada de Freud y sus discípulos, en donde conciben que: a) la idea fundamental del suicidio como parte del homicidio, b) la ambivalencia amor y odio presente en la dinámica de todo suicida, y c) la asociación de la agresividad, y por tanto del suicidio, a la manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio (Litman, 1967 en Rodríguez Pullido *et al.*, 1990). No obstante, a diferencia de los postulados freudianos, las formas distorsionadas del desarrollo nacen de trastornos provocados culturalmente -religión, política, figuras paternas- en el desarrollo del niño, produciendo así un desarrollo neurótico; de esta forma aparecen actitudes que, tarde o temprano, inducen a un proceso de *angustia básica*, es lo que plantea Horney (1950) en Rodríguez Pullido *et al.*, (1990). Es preciso señalar que las posturas desde dicho campo se han extendido. En cuanto a las explicaciones orientadas desde lo biológico, es sabido que factores genéticos impactan en el comportamiento suicida a través de entornos familiares estresantes (Voracek & Loibl, 2007 en Dajas, 2016). Una prueba de ello son los cuatro estudios realizados en Suecia y Dinamarca los cuales determinaron mayores tasas de suicidio en hijos de suicidas que en hijos de no suicidas (Zai *et al.*, 2012 en Dajas 2016). Por lo tanto, “los estudios genético-familiares apoyan fuertemente la existencia de una contribución genética para una vulnerabilidad suicida” (Dajas, 2016). El mismo autor señala que, “sobre esta base se ha intentado identificar los genes relacionados con el riesgo suicida a través de técnicas poligenéticas -por ejemplo, gwas: Genome-Wide Association Studies- o de búsqueda de genes candidatos a partir de las hipótesis bioquímicas de la etiopatogenia suicida”. No obstante todo lo anterior, la magnitud de la problemática requiere de un abordaje diverso que posea como horizonte una intervención integral y convergente hacia quienes transitan por dicha coyuntura, lo que a su vez requiere de la implementación de políticas, planes y programas sanitarios específicos orientados en la prevención del fenómeno, no dejando a un lado la asignación de recursos humanos y sanitarios tan necesarios para su ejecución.

## FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA

Para la prevención del suicidio es fundamental conocer y comprender los factores de riesgo asociados (Teti, Rebok, Rojas, Grendas, & Daray, 2014), como la salud mental, características psiquiátricas, psicológicas y del comportamiento personal, frecuentemente asociados con un incremento del riesgo de realizar intentos suicidas o de consumir suicidio (López Steinmetz, 2017). No obstante, los intentos suicidas previos constituyen el factor de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro

suicidio (Haukka, Suominen, Partonen, & Lönnqvist, 2008). En su etiología intervienen factores biológicos, psicológicos, socioculturales, políticos, económicos y ambientales que pueden contribuir vitalmente en lo individual y enormemente en el plano familiar y social circundante de quien efectúa el acto a través de varias generaciones (MSP, 2010). Muchas veces hay varios factores de riesgo que actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida. La OMS (2014) define ciertos grupos centrales de factores de riesgo:

- Sistema de salud (*Barreras para obtener acceso a la atención de salud*)
- Sociedad (*Acceso a medios para suicidarse, notificación inapropiada por los medios de difusión, estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda*)
- Comunidad (*Desastres, guerras y conflictos, estrés por desplazamientos y aculturación, discriminación, traumas o abuso*)
- Relaciones (*Sentido de aislamiento y falta de apoyo social, conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas*)
- Individuo (*Intento de suicidio anterior, trastornos mentales, consumo nocivo, pérdida de trabajo o financiera, desesperanza, dolor crónico, antecedentes familiares de suicidio, factores genéticos y biológicos*)
- Entre otras

Gomez *et al.*, (2002), entre otros autores y bajo un escenario de intercambio permanente consideran aquellas categorías centrales de forma más específica, mencionando también el ser mayor de 45 años, la impulsividad, los eventos vitales adversos, el sexo masculino -excepto en algunos países como China-, vivir solo, ser jubilado, tener mala salud física, tener armas de fuego en casa o ser farmacodependiente, entre otras causas. Herrera & Avilés (2000), consideran a la conducta suicida como la expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto al medio ambiente, provocada por una situación de conflicto actual o permanente generándole un estado de tensión emocional. Otros aspectos, correspondientes a factores secundarios y terciarios de acuerdo a la clasificación de Rhimer, como el nivel socioeconómico, los sucesos estresantes, la escolaridad o el estado civil, varían según las características de la población analizada (Larrobla *et al.*, 2015). No obstante y dado que el 50% de las personas que se suicidan han presentado una tentativa previa, éste se constituye como el factor de riesgo más importante en la población general, por lo que es fundamental disponer de un sistema de información que proporcione datos de calidad y accesibilidad a los mismos. Se estima que el riesgo en estas personas con tentativas previas es 100 veces superior a la población general y cuatro veces superior a personas con un trastorno mental (OMS, 2014). La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más frecuentemente utilizados para el suicidio a nivel mundial, pero también se recurre a muchos otros métodos, que varían según el grupo de población (OMS, 2018).

## FACTORES PROTECTORES DE LA CONDUCTA SUICIDA

“En contraposición a los factores de riesgo, hay factores que protegen a las personas contra el riesgo de suicidio. Muchas intervenciones de prevención del suicidio se orientan hacia la reducción de los factores de riesgo, pero es igualmente importante considerar y fortalecer los factores que han demostrado aumentar la capacidad de recuperación y conexión y que protegen contra el comportamiento suicida” (OMS, 2014):

- Relaciones personales sólidas<sup>3</sup>
- Creencias religiosas o espirituales<sup>4</sup>
- Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida<sup>5</sup>
- La solidez de un sistema sanitario que posea dispositivos acordes con los requerimientos de la problemática
- Sistemas de información responsables para difundir aspectos vinculados a la temática
- Entre otras

### ABORDAJES EN SALUD DESDE LA GEOGRAFÍA Y CIENCIAS AFINES

Desde la Antigüedad, así como desde diferentes ciencias como la Psiquiatría, Genética, Psicología, Sociología, Antropología y Filosofía, entre otras, se han realizado valiosas contribuciones para la explicación, comprensión y prevención del fenómeno suicidio e IAE en distintas poblaciones y de acuerdo al contexto imperante. En ese devenir de permanente abordaje, tanto desde la Geografía médica como desde la Geografía de la salud -GdIS- -nacidas en la década del 30” y década del 70” del siglo XX respectivamente-, aunado a los progresos conceptuales, tecnológicos y cartográficos emergentes, se han realizado variadas contribuciones en torno a problemáticas vinculadas con la salud de las poblaciones, incluido el suicidio. Para ello, como señala Sánchez & León (2006), debió superarse aquella visión tradicional, en donde el espacio era concebido como un mero contenedor de procesos a partir de formulaciones surgidas desde la física y la geometría, con espacio y tiempo como cuerpos independientes de la sociedad; siendo como señala (Molina, 2018) una variable de delimitación geográfica- ambiental, despojada de procesos sociales. Samaja (2003) señalaría al respecto que el gran desafío de la Epidemiología contemporánea -ciencia anterior a la GdIS pero con puntos de contacto múltiples- estaba emparentado con modificar la abstracción que ésta asignaba a las corporeidades geográficas y medioambientales a la hora de concebir la salud de las personas. Y

---

<sup>3</sup> Relaciones estrechas y sanas pueden aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como un factor protector contra el riesgo de suicidio. El círculo social más cercano de una persona, es decir la pareja, los familiares, compañeros, amigos y otros, puede tener gran influencia y ser propicio en épocas de crisis. Los amigos y familiares pueden ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero y pueden amortiguar la repercusión de factores externos estresantes. En particular, la capacidad de recuperación resultante de este apoyo mitiga el riesgo de suicidio asociado con traumas de la niñez. Las relaciones son especialmente protectoras para los adolescentes y los ancianos, que tienen un grado más alto de dependencia.

<sup>4</sup> La fe misma puede ser un factor protector al proporcionar normalmente un sistema estructurado de creencias y promover un comportamiento que puede considerarse física y mentalmente beneficioso. Sin embargo, muchas creencias y comportamientos religiosos y culturales también pueden haber contribuido al estigma relacionado con el suicidio debido a sus posturas morales al respecto, que pueden desalentar la búsqueda de ayuda. Por consiguiente, si bien creencias religiosas y espirituales pueden ofrecer alguna protección contra el suicidio, esto depende de prácticas e interpretaciones contextuales y culturales específicas.

<sup>5</sup> Las estrategias personales eficaces de bienestar subjetivo y de afrontamiento positivo protegen contra el suicidio. El bienestar se relaciona en parte con rasgos de personalidad que determinan la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación frente al estrés y a los traumas. La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida. Una buena autoestima, la competencia personal y la capacidad de resolver problemas, que incluye la capacidad para buscar ayuda cuando sea necesario, pueden mitigar la repercusión de los factores estresantes y de las adversidades de la niñez. Algunos trastornos mentales están ampliamente estigmatizados, razón por la cual algunas personas (especialmente hombres) pueden ser renuentes a buscar ayuda. Quienes tienen poca probabilidad de buscar ayuda pueden agravar sus problemas de salud mental, aumentando un riesgo de suicidio que de otro modo podría haberse prevenido eficazmente con una intervención temprana.

agregaba: “es el territorio una expresión compleja que conjuga al medio, componentes y procesos que contiene: grupos sociales, relaciones, conflictos; es decir no se reduce a la complejidad de lo meramente físico - natural, no es la naturaleza ni la sociedad, ni su articulación; sino naturaleza, sociedad y articulaciones juntas, en una espacialidad o formación socio-espacial particular”. El abordaje en temas relacionados con la salud de las poblaciones requiere de una conceptualización, comprensión y dialéctica profunda. En ese sentido, distintos trabajos desde la geografía y con la geografía han abordado el fenómeno suicidio e IAE en el devenir a partir de variantes tanto teóricas como metodológicas: Strale *et al.*, (2016) analizaron la distribución de suicidios ocurridos en torno a la red ferroviaria de Bélgica entre 2008 y 2013; Hsu *et al.*, (2015), estudiaron la geografía del suicidio en Hong Kong a partir de patrones espaciales y correlaciones en función de desigualdades socioeconómicas; Santos & Barboza (2017), analizaron por su parte conglomerados espaciales de mortalidad por suicidio en el Noreste de Brasil y su relación con indicadores socioeconómicos, entre otras experiencias. Si bien no siempre nacidas desde el seno de la Geografía, pero si considerando al paisaje, territorio o lugar esencialmente -con sus particularidades conceptuales y empíricas propias- como nuevos componentes de constructos estructurantes de salud, lo socioterritorial, sociosanitario, geopolítico y administrativo, son hoy nuevas *categorías puente* en la comprensión y explicación de procesos sanitarios. Y es desde esta perspectiva que abordaremos la problemática en cuestión.

## LO CONCEPTUAL, TÉCNICO Y ESTRATÉGICO DE LA GEOGRAFÍA DE LA SALUD EN TEMAS SANITARIOS

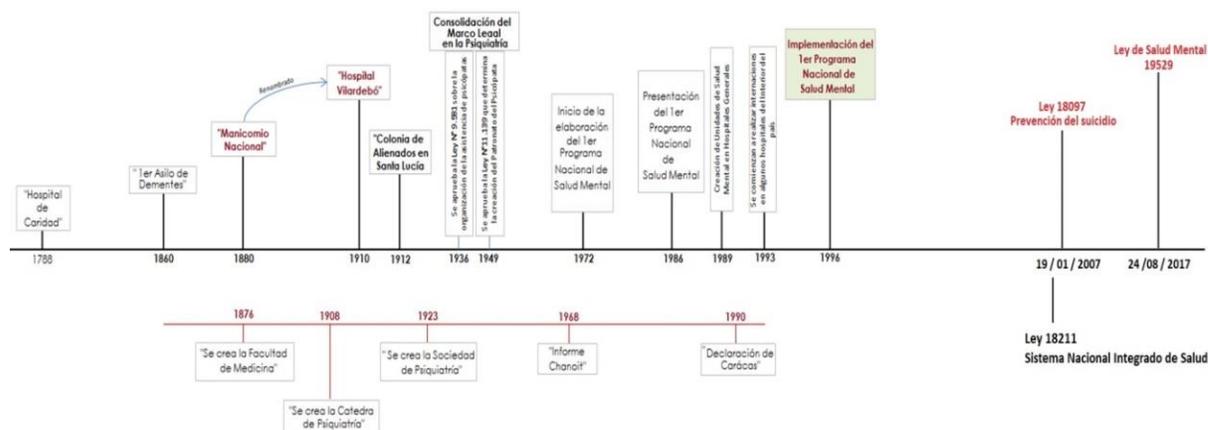
“La GdIS busca comprender el contexto en el que ocurren los problemas de salud, para poder actuar sobre territorios, no sobre los individuos ni sobre los organismos. Diferente de otras disciplinas, la geografía busca una perspectiva macroscópica de los problemas, permitiendo comprender la dinámica del proceso salud-enfermedad y enfermedad-atención” (Barcellos *et al.*, 2018). Con frecuencia, los datos de salud para áreas geográficas se utilizan para demostrar desigualdad; sin embargo, su interpretación es a menudo equívoca (Curtis & Jones, 1998). En cuanto al abordaje geográfico de la conducta suicida, en este caso IAE, ¿el estado actual del conocimiento de la predisposición genética hacia el comportamiento suicida permite preguntarse si los factores de riesgo genéticos explican la variación en las tasas de suicidio a través del tiempo y el espacio?. Pero dichos factores de riesgo genéticos estarían siendo a su vez -por decirlo de alguna manera- condicionados por las externalidades al individuo, su medio, coyunturas y relaciones, variantes, no lineales y transcurriendo sin pausa, es decir su cotidianeidad. Curtis & Jones (1998), señalan que algunos autores tienden a minimizar la importancia de los *lugares* para la diferencia de salud, argumentando que los procesos que operan a nivel individual son mucho más importantes para la comprensión de las desigualdades en salud; otros en cambio, sugieren que los procesos que influyen en la experiencia de salud individual pueden funcionar de manera diferente según el *lugar*. Allí un gran debate por dar aun. Según (Barcellos *et al.*, 2018), el reto principal de la GdIS es comprender las particularidades de cada problema de salud y relacionarlo con procesos generales como la globalización, la expansión del capitalismo, la precarización del trabajo, la vulnerabilidad de las poblaciones, la degradación ambiental, la urbanización, etc.. Todos aspectos que se hallan en mayor o menor medida imbricados y como parte de los desencadenantes de conductas suicidas, entre otros ya mencionados. Otro actor trascendental en la temática es el concerniente a las estructuras sanitarias, siendo este el segundo gran objeto de estudio de la GdIS, sumado al vinculado respecto de la distribución de enfermedades (Jones & Moon, 1987). No cabe duda que la universalización de la atención sanitaria, facilitando el acceso de las poblaciones a los servicios de salud, minimizando los tiempos de respuesta y atención, debería posibilitar la reducción de situaciones complejas y de riesgo vital, mucho más aun sobre quienes transcurren por un episodio de IAE. Pero desde la GdIS, sin embargo, si bien hoy día se cuentan con posibilidades conceptuales, metodológicas,

cartográficas y de análisis de información impensadas hace 30 años, existen componentes intrínsecos que no pueden ser ignorados a la hora de interpretar un proceso sanitario: *la escala de abordaje, la temporalidad del evento a tratar, las unidades espaciales involucradas, así como, ¿desde que categoría de análisis concebiremos el fenómeno a estudio?, las características implícitas en la Planificación Sanitaria -PS- existente, y por supuesto, las características de la información disponible.* No menos cierto resulta aquel planteo que propone a la GdIS como un nuevo instrumento y hasta de sitio marginal en las cuestiones sanitarias. He aquí otro debate por establecer sin dudas.

## LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN URUGUAY Y LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN

En el amplio recorrido que ha experimentado la salud mental -SM- en el Uruguay desde el siglo XVIII, llegamos a este inicio del siglo XXI bajo un contexto internacional, regional y nacional el cual promueve cambios vinculados esencialmente a los derechos de quienes requieren atención. Se busca no obstante, como señala vastísima bibliografía, reducir y extinguir los posibles vacíos que pudieron haber contribuido en la vulneración de los mencionados derechos de pacientes, usuarios y familiares. En ese sentido, en los últimos 10 años, Uruguay viene transitando un camino orientado desde la intención de promover una atención en SM a su población sin estigmas, y por ende, integrada y concebida como parte de la salud toda del individuo. La creación según ley 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud en 2007 -SNIS- (LSNIS, 2007), como así la declaración del día para la prevención del suicidio bajo la ley 18.097 también de 2007 (LPS, 2007), y la promulgación de la nueva ley de SM 19.529 en 2017 (LSM, 2017), son muestras del cambio social, técnico y político imperante en torno a la SM de los uruguayos (Figura 1).

Figura 1: Evolución de la SM en el Uruguay

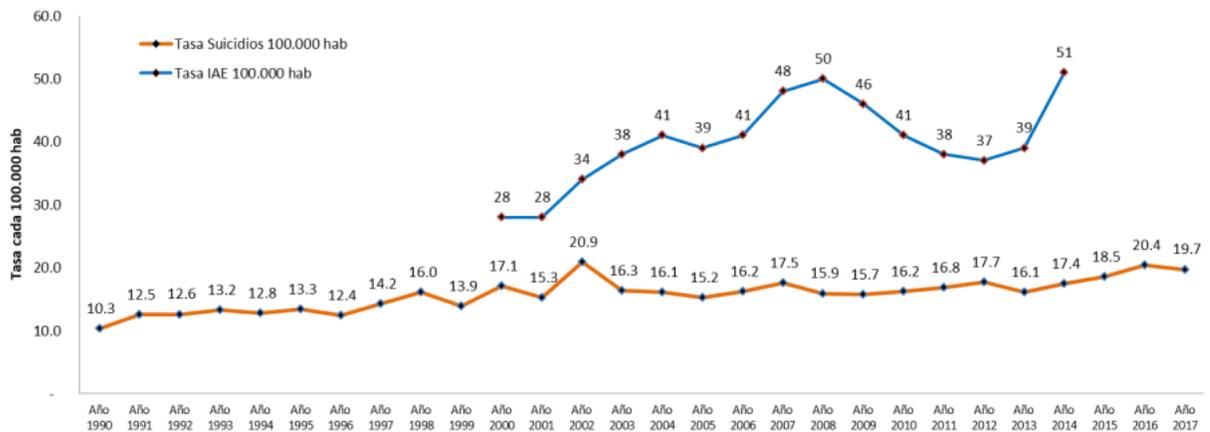


Fuentes diversas, elaboración propia.

En cuanto al suicidio, los datos existentes ubican a Uruguay como uno de los países de las Américas con mayor tasa cada 100.000 habitantes y con un crecimiento sostenido desde 1990 a 2017, pasando de 10,3 a 19,7 según información del INE (2019); en cuanto al fenómeno de IAE, según

datos del Ministerio del Interior, considerando el periodo 2000 – 2014, se pasó de una tasa de 28 a 51 casos IAE cada 100.000 habitantes (DSM, 2019) (Figura 2).

Figura 2: Evolución de la Tasa de Suicidios en el Uruguay, periodo 1990 – 2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2018.

En cuanto al sexo, en ambos casos la información obtenida es consistente con la bibliografía en torno al tema, mayor tasa de suicidios en hombres y mayor tasa de IAE en mujeres. Montevideo concentraba hacia 2014 el 35% de casos IAE del país, siendo casi el 53% de los mismos menores a 30 años. La preocupación por lo anterior puede observarse objetivamente en la mencionada ley 18.097 sobre prevención del suicidio, orientada consistentemente hacia la promoción e identificación de aquellos aspectos considerados factores de riesgo, y no solo instituyendo al 17 de julio como día nacional en la prevención del suicidio, sino proponiendo actividades que pudieren llevar el máximo de información sobre la temática en cuestión a toda la población. De allí lo imperioso de construir nuevos puentes de entendimiento sobre la cuestión, como así la incorporación de nuevas estrategias sanitarias fundamentalmente orientadas desde un nuevo modelo que considere a la *información de calidad* como eje central para el desarrollo y aplicación de planes y programas preventivos con la menor incertidumbre posible. Una muestra de ello es la información disponible desde los Organismos responsables, Ministerio de Salud y Administración de Servicios de Salud del Estado -Asse- sobre la problemática (Tabla 1).

A todo lo anterior debemos agregar que el número de investigaciones en torno a dicha temática ha crecido de manera considerable. Aportes orientados desde la psiquiatría, psicología, sociología se han hecho frecuentes. En ese sentido, la mencionada nueva Ley de SM 19.529 en su artículo 10 promueve la realización de investigaciones en el campo de la SM, como así la perspectiva transdisciplinar como forma de abordaje.

Tabla 1: Información disponible en torno al fenómeno de suicidio en organismos estatales del Uruguay.

Detalle	Tipo
70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros	Recopilación
Guías de Prevención y detección de Factores de riesgo de Conductas suicidas.	Guía
Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Informe sobre investigaciones, cursos y publicaciones desarrolladas en alianza con la UdelaR. Grupo comprensión y prevención de conducta suicida.	Guía para los sectores de educación y salud Recopilación
Información sobre estrategias desarrolladas en Asse en el tema Prevención del Suicidio e IAE, Periodo 2011-2017.	Recopilación
Protocolo de Prevención y atención en la adolescencia. Intento de auto-eliminación	Protocolo
Plan Nacional de Prevención del suicidio para Uruguay 2011-2015. Un compromiso con la vida.	Plan
Creación Comisión Prevención de Suicidio, año 2018.	Pautas
Presentación línea telefónica vida.	Pautas
Acceso a los documentos: <a href="http://www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencias-Estrategias-Prevencion-del-Suicidio-en-ASSE-10652">http://www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencias-Estrategias-Prevencion-del-Suicidio-en-ASSE-10652</a>	

## ASPECTOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DEL URUGUAY

Uruguay cuenta con una red asistencial pública en sus distintos niveles extendida por todo el territorio, brindando cobertura al 37 % de la población (Tabla 2).

Tabla 2: Red Sanitaria pública del Uruguay.

	Montevideo	Interior	Total país
Hospitales generales	6	18	24
Centros de Salud (Primer nivel de atención)	11	19	30
ECSM	14	29	43
Especializados Psiquiatría	1	----	----
Camas en hospital generales	474	150	624
<b>Cobertura</b>	<b>362.067</b>	<b>988.232</b>	<b>1.350.299<sup>6</sup></b>

<sup>6</sup> Web de acceso: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-por-tipo-de-afiliacion-diciembre-2018>

En cuanto a Montevideo, y referido a las posibilidades de atención de un IAE en forma urgente, a las Emergencias en los hospitales generales, se le agregan cuatro Emergencias ubicadas en Centros de salud -CS- del primer nivel de atención: Cerro al Oeste de Montevideo, Craps en el centro de la capital, y hacia el Este del departamento, Jardines del Hipódromo y Piedras Blancas. Dichos CS son el primer eslabon de la estructura asistencial a partir de la cobertura desde las diferentes especialidades. En el caso de los cuatro CS que poseen Emergencias, las mismas funcionan las 24hs. En dicha coyuntura, el hospital Vilardebó, sigue siendo un eslabón fundamental en la temática referida a la SM de los uruguayos. Inaugurado en 1880, y el hecho de ser el único en su especialidad y de carácter público desde el año 1996, determina que un gran porcentaje de personas que realizan un IAE sean trasladadas a su Emergencia para realizarle la valoración psíquica correspondiente. En el mencionado sector, las consultas entre 2010 y 2018 experimentaron un crecimiento del 60%, pasando de 1.050 consultas promedio mensuales a casi 1.850 (DEV, 2019). No obstante, dicho centro asistencial posee también espacios de internación con una dotación de 329 camas, en la cual aproximadamente el 42% de su población internada posee aspectos judiciales desde hace más de una década (DEV, 2019), confiriéndole características asistenciales particulares; también en su estructura posee atención ambulatoria para aproximadamente 3.150 consultas mensuales en sus diferentes especialidades, entre otras prestaciones que incluyen rehabilitación y variados estudios como así exámenes clínicos. Sin embargo, y como sucede en muchos países, y si bien Uruguay posee un sistema de registro de IAE que ha mejorado notoriamente en el tiempo, siguen existiendo algunos vacíos. Muchas veces la incorporación de sistemas informáticos asistenciales no se acompaña con las dinámicas sanitarias de la población, lo que muchas veces introduce nuevas variantes y dificultades que obstaculizan el registro adecuado de la situación acaecida por parte de los profesionales. Las exigencias de un lado u otro de la coyuntura van definidos por la *inmediatez*, lo que conspira en muchas oportunidades para el *buen registro* del evento ocurrido. De allí lo importante de incorporar en la gestión de la información en materia de SM nuevas formas y técnicas, así como la perspectiva geográfica del fenómeno IAE, integrando en el saber ya concebido nuevas explicaciones al respecto, y que sean de beneficio a la hora de abordar estrategias sanitarias de corto, mediano y largo alcance.

## OBJETIVOS

### Objetivo General

Identificar los aspectos geográficos de consultas recibidas por intento de autoeliminación en la Emergencia del hospital Vilardebó, entre 2014 y 2015.

### Objetivo Específicos

- a. Caracterizar la población a estudio según aspectos patronímicos, asistenciales y epidemiológicos.
- b. Determinación de la independencia de casos IAE registrados y antecedentes de consultas previas.
- c. Correlacionar los casos IAE según variables sociodemográficas en función de los barrios de Montevideo.
- d. Determinar las tasas de consultas IAE en la Emergencia del hospital Vilardebó en el periodo considerado / 1000 consultas recibidas.

- e. Estimar la distancia media de casos IAE según los Centros de salud del primer nivel de atención de Montevideo en función de sus áreas asistenciales.
- f. Identificar núcleos IAE en la ciudad de Montevideo.

## **METODOLOGÍA**

**Tipo de investigación:** Exploratoria, descriptiva, correlacional.

**Tipo de diseño:** Cuantitativo, no experimental, transversal, retrospectivo.

**Dimensión geográfica:** Ciudad de Montevideo.

**Población a estudio:** usuarios que consultaron en la Emergencia del hospital Vilardebó por IAE procedentes de la ciudad de Montevideo.

**Unidad espacial de análisis:** Barrios de Montevideo y áreas asistenciales de Centros de salud del primer nivel de atención.

**Dimensión temporal:** bienio 2014 – 2015.

*Se trata de un avance de la investigación propuesta en el marco de la Maestría en Metodología de Investigación Científica de la Universidad de Lanús de Buenos Aires (Argentina), generación 2017 - 2019.*

### **Digitalización de casos IAE**

Para el análisis geográfico de los casos IAE en función de los barrios de Montevideo y las áreas asistenciales de los Centros de salud, se consideró el dato domicilio de la población incluida en el estudio.

#### Metodología Obj. Esp. a.

Frecuencias absolutas y relativas, para las variables Sexo (nominal), Diagnóstico (nominal), antecedentes IAE (nominal), antecedentes de consultas (nominal). Para la variable edad se consideró la media, mediana y moda según sexo.

#### Metodología Obj. Esp. b.

Test de Chi- cuadrado para casos IAE en función del historial de consultas.

#### Metodología Obj. Esp. c.

Correlacion R de Pearson según: casos IAE y % de personas incluidas en Estrato socioeconómico bajo en función de los barrios de Montevideo. Se consideró para ello la Encuesta continua de hogares 2013 del Instituto Nacional de Estadística.

#### Metodología Obj. Esp. d.

Casos registrados por IAE / 1.000 consultas registradas en la Emergencia / mes para el periodo considerado.

#### Metodología Obj. Esp. e.

Distancia media al Centro de salud de casos IAE =  $\sum$  de distancia de casos IAE al Centro de salud según AA / n° de casos

#### Metodología Obj. Esp. f.

Interpolación de casos IAE en el territorio según triangulación / interpolación IDW con proximidad estandarizada de 250 mts

#### **Tratamiento estadístico de la información.**

La información recabada se analizó desde los software de domino publico Epidat v 4.2 y Pspp v 1.01

#### **Tratamiento espacial de la información.**

La información recabada y creada se analizó desde los software de dominio público QGIS v3.04 Madeira y Geoda.

#### **Información cartográfica de base**

- La información en formato vectorial referida a Barrios de Montevideo, Centros de salud y hospitales generales, fue extraída desde el Sistema de Información Geográfico de la Intendencia Municipal de Montevideo: <http://sig.montevideo.gub.uy/>
- La información en formato vectorial referida a las áreas asistenciales de los Centros de salud del primer nivel de atención de Montevideo, fue obtenida gracias al Dr. Juan Jones, subdirector de la Red de atención primaria departamental.

### **RESULTADOS**

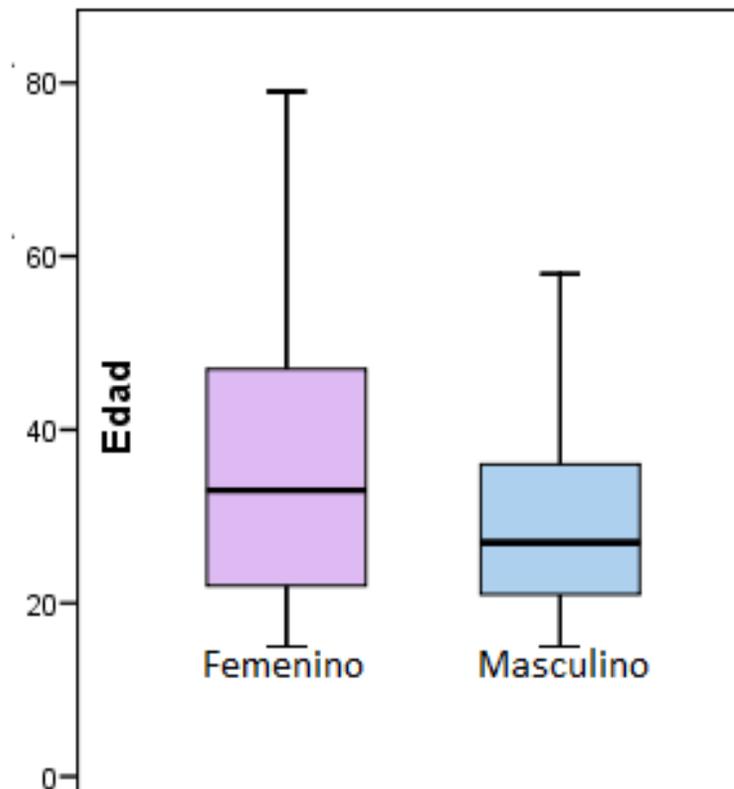
#### Resultados Obj. Esp. a.

Se trabajó sobre 298 registros de casos IAE que involucraron a 268 usuarios, determinándose una reincidencia del 11,1%. Pudo observarse una mayor prevalencia en mujeres, quienes también presentaron una edad promedio mayor que los hombres en casi 7 puntos, siendo mayor esta distancia al considerar la mediana, 9 puntos (Tabla 3 y Figura 3).

Tabla 3: Población a estudio

Usuarios lae	Frecuencia absoluta	Porcentaje	Edad promedio	Edad Mediana	Edad Moda
Masculino	108	40,3	29,4	24	22
Femenino	160	59,7	36,1	33	28
Total	268	100%	33,3	26	25

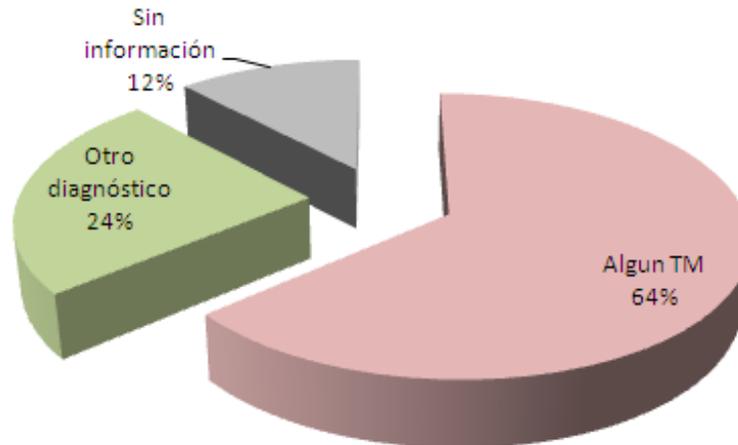
Figura 3: Edad mediana según sexo



El 53,5% de los usuarios -143-, tenía antecedentes por IAE; en tanto el 60,1% de los mismos -161- poseía antecedentes de haber consultado anteriormente en la Emergencia del hospital Vilardebó. A su vez, el 45,8% de usuarios registrados poseía ambas características.

En cuanto a la epidemiología, el 64% de los usuarios incluidos en el estudio presentó algún Trastorno mental -TM- (Figura 4).

Figura 4: Epidemiología de usuarios que consultaron por IAE en 2014 y 2015 en la



Emergencia del hospital Vilardebó.

Al considerar los Principales Grupos de Trastornos según la Cie-10, el 36% de los casos quedó incluido en el grupo F6x -trastornos de personalidad-, asociado en un 15% con algún tipo de consumo; un 16% no obstante presentó diagnósticos del grupo F3x -trastornos del humor y cuadros depresivos-, y un 12% incluido en el grupo F7x -Retardos de algún tenor-. Casi un 25% no poseía trastornos mentales en el diagnóstico; en tanto, un 12% no presentó diagnóstico alguno.

#### Resultados Obj. Esp. b.

La estimación del estadístico Chi – Cuadrado para las variables IAE - historial de consultas, con un  $\alpha = 0,05$  en donde:

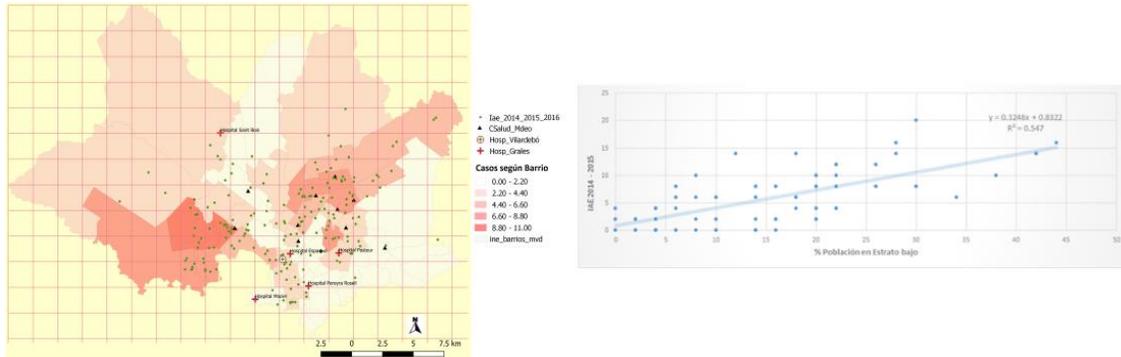
H0: las variables son independientes

H1: las variables no son independientes, dado un p-valor hallado  $< 0,05$ , determinó aceptar H1, existiendo entre las variables cotejadas algún grado de asociación.

#### Resultados Obj. Esp. c.

La estimación del coeficiente de correlación R de Pearson dado: n° de casos IAE según % de personas incluidas en Estrato socioeconómico bajo en función de los barrios de Montevideo, presentó un valor de + 0,74, de donde, la variable socio demográfica considerada estaría explicando el 54% de la variación de los casos IAE según la misma dados los barrios de Montevideo (Figura 5).

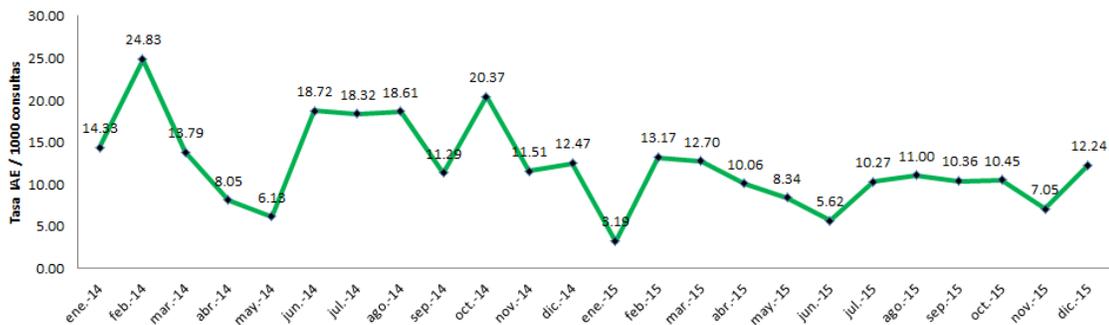
Figura 5: R de Pearson: casos IAE 2014-2015 - % de población en Estrato bajo en función de los barrios de Montevideo



Resultados Obj. Esp. d.

La distribución temporal de casos registrados por IAE / 1.000 consultas recibidas en el periodo considerado presentó un comportamiento más oscilante en 2014 y más regular en 2015 a excepción de Enero y Junio (Figura 6).

Figura 6. Tasa de casos IAE / 1000 consultas recibidas en la Emergencia del hospital Vilardebó, periodo 2014 – 2015

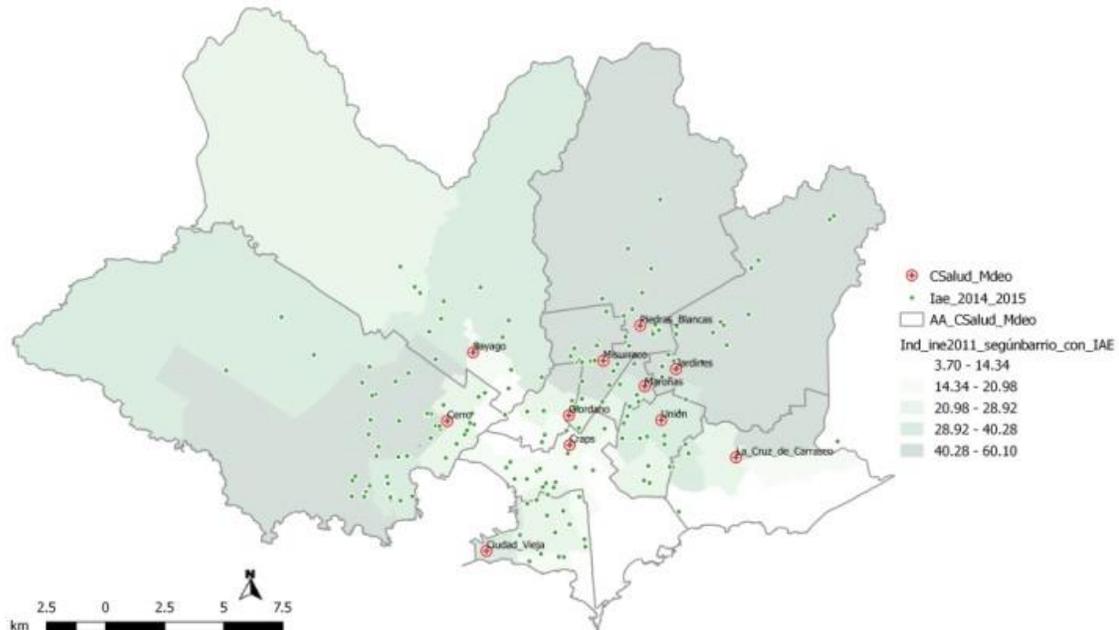


Fuente: Departamento de Estadística hospital Vilardebó.

Resultados Obj. Esp. e.

Al considerar los casos IAE digitalizados según la distancia a los CS según sus AA, pudo observarse que las mayores distancias promedio se observaron en CS que en sus territorios incluyen zonas periurbanas - transición urbano-rural-, como Jardines del Hipódromo, Cerro y Sayago, ubicados al Oeste, Norte y Este del departamento respectivamente. Sin embargo, dicha lógica no se reproduce en el CS Ciudad Vieja desde su fisonomía paisajística, lo que debe ser explicado bajo otras razones argumentativas. La menor distancia promedio de casos IAE a un CS según AA se dio en Maroñas, ubicado muy cerca de Jardines del Hipódromo y al Este de Montevideo (Figura 7 y Tabla 4).

Figura 7: Casos IAE 2014 – 2015, según áreas asistenciales de Centros de Salud de Montevideo.



Elaboración propia

Tabla 4: Distancia media de casos IAE a los Centros de salud según áreas asistenciales

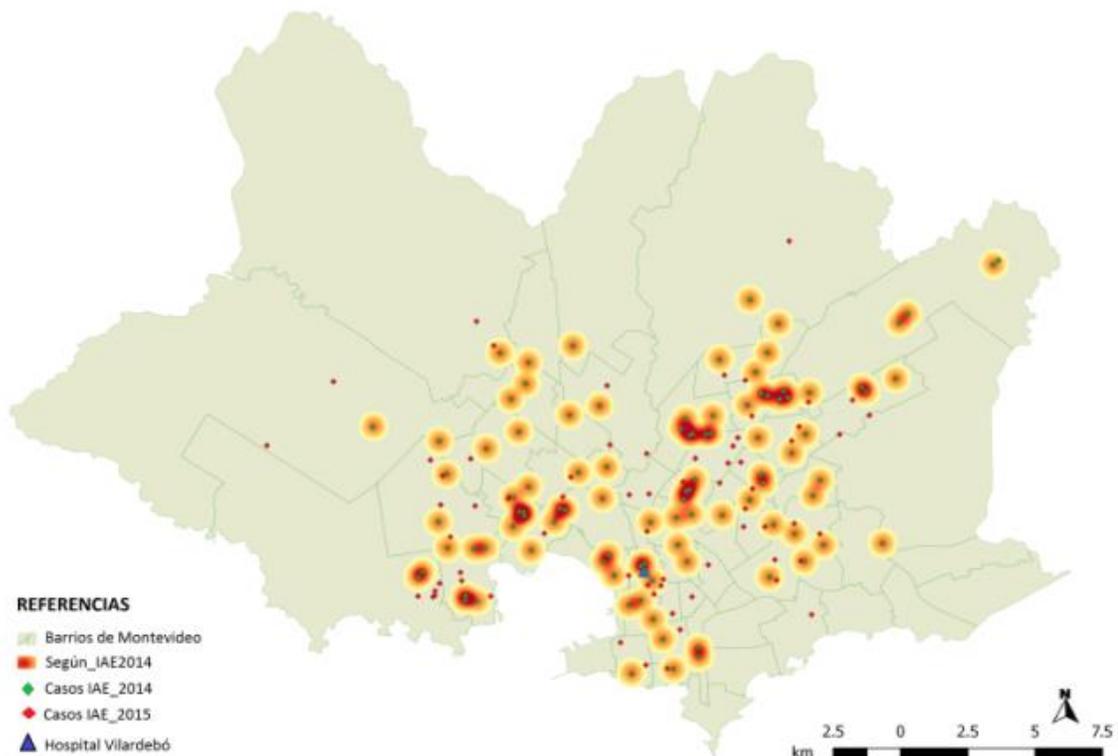
Centro de salud	Distancia media (km)	Desvío Estándar (km)
Cerro	2,595	1.566
Ciudad Vieja	3.061	0.935
Craps	1.801	0.697
Giordano	1184	0.48
Sayago	2.406	1.083
Misurraco	1.387	0.756
Piedras Blancas	1.296	1.396
Jardines del Hipódromo	<b>3.128</b>	2.860
Maroñas	<b>0.875</b>	0.248
Unión	1.556	0.670
La Cruz de Carrasco	2.091	1.183

Elaboración propia.

### Resultados Obj. Esp. f.

Al establecer la interpolación IDW de casos IAE 2014 en función de casos IAE 2015, fue posible observar la emergencia de ciertos núcleos territoriales de los mismos; ello nos interpela respecto a que factores estarían contribuyendo para dicha distribución (Figura 8).

Figura 8: Mapa de calor según interpolación IDW de casos IAE 2014 en función de casos IAE 2015



### DISCUSION y CONCLUSIONES PRELIMINARES.

De acuerdo a los resultados obtenidos es posible realizar algunas apreciaciones:

- Que el fenómeno IAE al igual que en otras investigaciones se presentó en mayor proporción en mujeres, quienes en promedio poseían edades sensiblemente mayores a los hombres.
- Es de considerar dos aspectos de lo observado: el primero dado que el 64% de la población incluida en el estudio presentó algún TM, aspecto que es señalado por amplia bibliografía como un factor de riesgo relevante para la conducta suicida (Nock, Hwang, Sampson, & Kessler, 2010), (López Steinmetz, 2017), entre otros; el otro aspecto refiere a que el 53,5% de los casos poseía antecedentes de IAE, siendo este el factor de riesgo que mayor predice el acto suicida consumado (Haukka, Suominen, Partonen, & Lönnqvist, 2008). De ambas situaciones se

desprende que las intervenciones y seguimientos debieran enfocarse intensamente sobre este grupo de personas dada su extrema vulnerabilidad sanitaria.

- Que los antecedentes de consultas previas puedan considerarse como un indicador referido a población potencialmente de realizar un IAE es algo que requiere nuevas y más extensas investigaciones. Muchas veces sucede que quienes han transitado por esta coyuntura logran insertarse posteriormente a la sociedad y desprenderse de “ese mal momento”, a partir del tránsito por dispositivos de integración social que les refieren no solo el apoyo psicosocial necesario sino desde su inclusión en diversas actividades sociales y hasta laborales o educativas, potenciando su autoestima y visión de sí mismos.
- Dado el R de Pearson +0,74 entre vulnerabilidad social y casos IAE según barrios, se hace necesario profundizar en el conocimiento de este vínculo en pos de la correcta orientación de las políticas de prevención en aquellos grupos poblaciones con mayor riesgo de IAE.
- Que al considerar las distancias promedio de casos IAE en función de los CS, y habiendo observado valores promedio mayores en aquellos centros más periféricos, ello nos sugiere incorporar en la dinámica asistencial del fenómeno estudiado el concepto de *accesibilidad geográfica y social* como un nuevo elemento a tener en cuenta. Su implicancia práctica podría contribuir a la hora de trabajar en la reducción de los tiempos de respuesta ante un llamado de IAE.
- Que el primer acercamiento sobre núcleos IAE en el territorio, propone y estimula la emergencia de un gran número de interrogantes al respecto: ¿por qué allí y no en otro lugar?, y obsérvese que hemos incluido el concepto lugar para su interpretación; ¿es pues el territorio hacedor o bien co-hacedor de núcleos IAE?, entre otras interrogantes.
- ¿En qué medida lo geo-asistencial, lo socio-sanitario, político y administrativo, en conjunción con los emergentes procesos sociales pueden estar y en qué medida están contribuyendo en la conformación de nuevas territorialidades IAE en desmedro de las ya existentes no contempladas en su naturaleza?.
- Que las fluctuaciones observadas en las tasas de casos IAE registradas en el hospital Vilardebó, podrían deberse también a las dificultades ya conocidas a la hora de realizar el registro respectivo al momento de la consulta. Este aspecto es mencionado desde la OMS y en innumerables trabajos dado su relevancia en la interpretación final del fenómeno y el establecimiento de estrategias sanitarias.
- Que dicho abordaje deja a un lado la cuestión subjetiva del fenómeno, lo cual en ningún momento debe ser *olvidado*. El abordaje mixto de la problemática es un espacio de acceso inminente para la mejor comprensión y explicación del fenómeno, tanto en sus aspectos individuales, colectivos, sanitarios y políticos.
- No podemos dejar a un lado el hecho de que la presente investigación es apenas un escenario fragmentado de un estudio mayor que comprende casi una década, 2010 a 2018. Es por ello que debemos ser cautos con las interpretaciones que surjan de la misma.
- Es necesario insistir en la lectura geográfica de los eventos sanitarios, como es necesario incorporar nuevas formas de pensar la salud de las poblaciones dados los requerimientos de las actuales sociedades.

## AGRADECIMIENTOS

*A quienes están allí trabajando en silencio por aquellos que momentáneamente han perdido sus sueños , y a quienes me impulsan a seguir...*

## BIBLIOGRAFÍA

- Aparicio, E., & Gaona Pisonero, C. (2015). Sentido y suicidio. *Rev de Venezuela Opción*, 31 (6), 15-35. Recuperado el 10 de Agosto de 2019 de: <http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=31045571002>
- Arenas, A. & Gómez-Restrepo, C. & Rondón, M. (2016). Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev colomb psiquiat*, 45(1): 68-75. Recuperado el 26 de Julio de 2019 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rpc/v45s1/v45s1a10.pdf>  
<https://doi.org/10.1016/j.rpc.2016.03.006>
- Barcellos, C. & Buzai, G. & Santana, P. (2018). Geografía de la salud: bases y actualidad. *Salud Colectiva* [online], 14(1), 1-4. Recuperado el 31 de Julio de 2019 de:  
<https://doi.org/10.18294/sc.2018.1763>
- Camus, A. (1942). *Le mythe de sisyphé. Essai sur l'absurde*. Nouvelle édition augmentée d'une étude sur Franz Kafka. Paris: Les Éditions Gallimard, 189 pp. Collection : Les essais, XII. Édition augmentée, 69e édition. Recuperado el 29 de enero de 2019 de: <http://www.anthropomada.com/bibliotheque/CAMUS-Le-mythe-de-sisyphé.pdf>
- Curtis, S. & Jones, I. (1998). *Is there a place for geography in the analysis of health inequality?*. *Journal Sociology of Health & Illness*, 20(5), 645–672. Recuperado el 11 de Agosto de 2019 de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9566.00123> <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00123>
- Dajas, F. (2016). Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas. *Rev Psiquiatr Uruguay*, 80(2):83-110. Recuperado el 10 de Agosto de 2019 de: [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/02\\_REVI\\_01.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/02_REVI_01.pdf)
- DEV. (2019). Departamento de Estadística del hospital Vilardebó.
- DSM. (2019). Dirección de salud mental, Asse. Información en formato digital y papel.
- Garay, M. & Vázquez, L. (2010). *Suicidio e intento de autoeliminación, en el Uruguay hoy*. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 5 (1): 19-27. Recuperado el 02 de Agosto de 2019 de <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/93>
- García Haro, J. & Henar García, P. & González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 38(134): 381-400. Recuperado el 09 de Agosto de 2019 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n134/2340-2733-raen-38-134-0381.pdf>
- Gómez, C. & Rodríguez, N. & De Romero, L. & Pinilla, C. & López, E. & Díaz, F. & Nancy, N. (2002). Suicidio y lesiones autoinfligidas: Colombia, 1973-1996. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Recuperado el 26 de Julio de 2019 de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80631203.pdf>
- Haukka, J. & Suominen, K. Partonen, T. Lönnqvist, J. (2008). *Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study in Finland, 1996–2003*. *American Journal of Epidemiology*, 167(10): 1155–1163. Recuperado el 05 de Agosto de 2019 de: <https://doi.org/10.1093/aje/kwn017>
- Herrera Santí, P. & Avilés Betancourt, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), 134-137. Recuperado el 30 de Julio de 2019 de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000200005&lng=es&tling=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000200005&lng=es&tling=en)

Hsu, Y. & Chang, S. & Lee, E. & Yip, P. (2015). "Geography of suicide in Hong Kong: Spatial patterning, and socioeconomic correlates and inequalities." *Social Science & Medicine*, 130, 190–203. Recuperado el 23 de Julio de 2019 de: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.019>  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.019>

INE. (2019). Instituto Nacional de Estadística. Datos sobre Suicidios e intento de auto eliminación. Recuperado el 26 de Julio de 2019 de: <http://www.ine.gub.uy/salud>

Jones, K. & Moon, G. (1987). *Health, disease and society: an introduction to medical geography continued*. Routledge&Kegan Paul Ltd

Larrobla, C. & Hein, P. & Novoa, G. & Canetti, A. & Heuguerot, C. & González, V. & Torterolo, M. & Rodríguez, L. (2015). Compilado. 70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. Colección 2, CSIC - Universidad de la República. Recuperado el 01 de Agosto de 2019 de: [https://www.researchgate.net/profile/Alicia\\_Canetti/publication/320956881\\_La\\_conducta\\_suicida\\_desde\\_la\\_perspectiva\\_Psiquiatrica/links/5a044f5aaca272b06ca94b71/La-conducta-suicida-desde-la-perspectiva-Psiquiatrica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alicia_Canetti/publication/320956881_La_conducta_suicida_desde_la_perspectiva_Psiquiatrica/links/5a044f5aaca272b06ca94b71/La-conducta-suicida-desde-la-perspectiva-Psiquiatrica.pdf)

Larrobla, C. & Pouy, A. (2007). Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas. *Revista Médica del Uruguay*, 23(4), 339-350. Recuperado el 10 de Agosto de 2019 de: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902007000400002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902007000400002&lng=en&tlng=es).

Ley de Prevención del Suicidio, N°18.097. (2007). Recuperado el 30 de Julio de 2019 de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4389725.htm>

Ley de Salud Mental, N°19.529. (2017). Recuperado el 30 de Julio de 2019 de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484981227412.htm>

Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, N°18.211. (2007). Recuperado el 30 de Julio de 2019 de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9107853.htm>

López Steinmetz, L. (2017). *Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio*. *Rev Ciencias Psicológicas*; I: 89-100. Recuperado el 03 de Agosto de 2019 de: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/1350>.  
<https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1350>

Minetti, R. (2011). El suicidio como indicador: integración y moral en la sociología de Émile durkheim. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (49), 1-23. Recuperado el 6 de Agosto de 2019 de: <http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=495950245003>

Ministerio de Salud publica (2010). Plan Nacional de Prevención del Suicidio. *Para Uruguay 2011 – 2015: un compromiso con la vida*. Recuperado el 01 de Agosto de 2019 de: [https://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan\\_nacional\\_de\\_prevencion\\_del\\_suicidio.pdf](https://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan_nacional_de_prevencion_del_suicidio.pdf)

Molina Jaramillo, A. (2018). *Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública*. *Revista Cad. Saúde Pública*; 34(1). Recuperado el 26 de Julio de 2019 de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00075117.pdf> <https://doi.org/10.1590/0102-311x00075117>

Nock, M. & Borges, G. & Bromet, E. & Cha, C. & Kessler, R. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. Recuperado el 29 de Julio de 2019 de: [https://www.scrip.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgict55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1099191](https://www.scrip.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgict55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1099191) <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

Organización Mundial de la Salud (2012). Salud Mental. Prevención del suicidio (SUPRE). Recuperado el 4 de Agosto de 2019 de: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)

Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Recuperado el 2 de Agosto de 2019 de:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud (2018). Suicidio. Datos y cifras. Recuperado el 9 de Agosto de 2019 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Rodríguez Pulido, F. & Glez de Rivera, J. & Revuelta, Gracia Marco, R. & Montes de Oca Hernández, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. Cátedras de Psiquiatría y Psicología Médica. Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna, Canarias. Revista Psiquis, 11: 374-380. Recuperado el 10 de Agosto de 2019 de: [http://www.psicoter.es/\\_arts/90\\_A077\\_12.pdf](http://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12.pdf)

Samaja, J. (2003). Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología "Miltoniana"). En Revista Brasileira de Epidemiología: 6(2). Recuperado el 03 de Agosto de 2019 de:

<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbepid/v6n2/05.pdf> <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000200005>

Sánchez, V. & León, N. (2006). Territorio y salud: una mi-rada para Bogotá. In: JIMÉNEZ, L. C. (Org.). Región, espacio y territorio en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 01 de Agosto de 2019 de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/1534/9/08CAPI07.pdf>

Santos, E. & Barbosa, I. (2017). Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. Rev *Cadernos Saúde Coletiva*, (3), 371-382.

Recuperado el 31 de Julio de 2019 de: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030015>

<https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030015>

Strale, M. & Kryszynska, K. & Overmeiren, G. & Andriessen, K. (2016). Geographic distribution of suicide and railway suicide in Belgium, 2008-2013: a principal component analysis. *International Journal Of Injury Control And Safety Promotion*, 24(2), 232–244. Recuperado el 29 de Julio de 2019 de:

<https://doi.org/10.1080/17457300.2016.1166140>

Teti, G. & Rebok, F. & Rojas, S. & Grendas, L. & Daray, F. (2014). *Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean*. RevPanam Salud Publica; 36(2):124–33. Recuperado el 03 de Agosto de 2019 de:

[https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892014000700008](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000700008)