



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República, Facultad de Psicología

**Representaciones sociales de la población adulta del medio rural  
sobre la salud mental y su incidencia en la accesibilidad a los  
servicios de atención.**

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Proyecto de Investigación

Estudiante: Pilar Ruso Núñez

C.I: 5.447.724-9

Docente Tutor/a: Prof. Adj. Daniela Carolina Diaz Santos

Docente Revisor/a: Prof. Luis Giménez

Junio, 2025

Montevideo, Uruguay

## **Agradecimientos**

Considero imprescindible agradecer a quienes fueron parte de esta etapa tan importante de mi vida y ayudaron, de alguna u otra manera, a que este sueño pudiese cumplirse.

Quiero agradecer principalmente a mi familia, por acompañarme en cada paso de mi trayectoria, porque a pesar de la distancia y del esfuerzo que conlleva, me han incentivado a estudiar. Por cada pasaje, cada “viandita”, cada oración y cada llamada.

A mis papás, Adrián y Cecilia, haber llegado hasta aquí es gracias a ellos, fruto de mucho esfuerzo, trabajo y sacrificio, gracias por darme la oportunidad y confiar en mí.

A mis abuelos, Alicia, Ricardo, Lala y a mi tata Pepe, quien, desde el cielo, ha sido mi motivación constante.

A mi pareja, por festejar mis logros y sostenerme en los momentos de mayor dificultad.

A mis amigos y amigas, quienes han sido mi apoyo incondicional durante todo este tiempo.

A Cande, mi compañera de batallas en la facultad, por hacer divertido el aprendizaje.

Un gracias de corazón a todos aquellos profesores que han dejado huella en mi formación, en especial a Daniela, mi tutora, por su cercanía, su sencillez y por haber generado un espacio de aprendizaje que funcionó como puente entre mi vida, mi identidad y esta profesión, haciéndome sentir aún más parte de esta casa de estudios.

Ese “algún día” llegó. Gracias por ayudarme a lograrlo.

## Tabla de Contenido

<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>Fundamentación</b>	<b>5</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>7</b>
<b>Marco Conceptual</b>	<b>11</b>
Salud y Salud Mental	11
Medio Rural	12
Salud Mental y Medio Rural	12
Servicios de Salud Mental, Accesibilidad y Barreras	13
Roles de Género y Adultez en el Medio Rural	15
Representaciones Sociales	16
<b>Problema y Pregunta de Investigación</b>	<b>17</b>
<b>Objetivos</b>	<b>18</b>
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
<b>Metodología</b>	<b>18</b>
Delimitación de la Población	19
Selección de la Población	20
<b>Cronograma de Ejecución</b>	<b>20</b>
<b>Consideraciones Éticas del Proyecto</b>	<b>21</b>
<b>Resultados Esperados y Plan de Difusión</b>	<b>22</b>
<b>Referencias</b>	<b>23</b>

## Resumen

La población rural de nuestro país atraviesa múltiples problemáticas en materia de salud mental. Estas incluyen manifestaciones de sufrimiento social, dificultades de accesibilidad a los servicios de atención psicológica y limitaciones en las políticas de atención, prevención y promoción en salud. Tales problemáticas se ven reflejadas, entre otras situaciones, en la prevalencia de suicidios en contextos rurales. Frente a esto, se hace relevante un abordaje de manera situada, teniendo en cuenta las características y particularidades propias del contexto. A partir de la concepción de accesibilidad, el presente trabajo tiene como objetivo indagar en la relación entre las representaciones sociales de la salud mental de personas adultas del medio rural y los servicios de atención en salud. La metodología a utilizar es cualitativa de carácter exploratorio; se utilizarán las técnicas de entrevista y grupos focales. La población del estudio estará conformada por personas adultas residentes en una zona rural de un departamento del sureste uruguayo y su selección será a través del criterio de saturación teórica. Se espera con este proyecto, poder contribuir con aportes que permitan tanto desde el ámbito académico como desde el de las políticas públicas, generar reflexiones e intervenciones situadas, teniendo en cuenta las peculiaridades de los contextos a estudiar.

**Palabras Clave:** Medio Rural, Salud Mental, Representaciones Sociales, Accesibilidad, Servicios de Atención, Adultos.

## Fundamentación

A partir de la creación de la Ley de Salud Mental N.º 19.529 (Uruguay, 2017), se reconoce el derecho de todos los habitantes residentes en el país a recibir asistencia de calidad e integral en este campo. Los principios rectores de esta ley se basan en la cobertura universal, la accesibilidad y sustentabilidad de los servicios, la equidad, continuidad y oportunidad de prestaciones y la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. Posteriormente, las estrategias desarrolladas para garantizar este derecho y reducir la brecha en la atención, partieron del reconocimiento de diversos nudos críticos presentados en nuestro país, entre ellos, la falta de equidad en la atención y la concentración de la misma en Montevideo (Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social [CERES], 2024).

En este marco, es importante señalar la escasez de investigaciones a nivel nacional en relación a la salud mental de la población rural, careciendo así de datos específicos en lo que refiere tanto a los problemas que afectan mayoritariamente el bienestar de estas personas, como de la accesibilidad a los servicios de atención en estos contextos. Las investigaciones en nuestro país refieren principalmente a contextos urbanos y son casi nulas las que tienen como objetivo las áreas rurales (Mascheroni, 2021). Estudios encontrados en relación al suicidio en el medio rural, dejan entrever problemáticas en la garantía del derecho a la atención integral en salud de estas personas (Perez, 2020; Fierro y Rodríguez, 2024). Este fenómeno pone de relieve cuestiones sintomáticas y críticas de una población, representando un indicador de malestar social y una vulnerabilidad particular de los contextos rurales (Pérez-Fonseca, 2014). Siguiendo a CERES (2024), es ampliamente reconocido que el suicidio es un fenómeno multicausal que requiere de abordajes multifactoriales, por lo que las líneas que desembocan en este problema son diversas y van más allá de las aquí trabajadas. Si bien el suicidio no es el centro de este proyecto de investigación, los datos encontrados al respecto resultan relevantes ya que permiten justificar la importancia del análisis de la salud mental en el medio rural. El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2024), mencionó que en el 2023, la distribución territorial de las muertes por suicidio en Uruguay, mostró que los departamentos con las tasas más altas fueron Lavalleja con un 39.5 cada 100.000 habitantes, seguido de Rocha con un 37.6 y Paysandú con un 37.3. Por otro lado, la distribución según edad, ubicó en primer lugar al rango de 75-79 años, seguido por la franja de 85-89 años y la de 25-29 años.

Fierro y Rodríguez (2024), publicaron una revisión exploratoria a nivel de Latinoamérica en la que se exhibió que en Uruguay, las muertes por suicidio se dan especialmente en varones, adultos mayores y en contextos rurales. El artículo señala

además el subregistro de casos en estas zonas, la escasa información que hay al respecto y la necesidad de estudios cualitativos que profundicen en la comprensión de la perspectiva local y situada de la población rural sobre la salud mental. Estas afirmaciones se ven respaldadas por otros estudios como el de Arias y Blanco (2010), en el que se evidencia el aumento del suicidio en el medio rural en América Latina o en los informes de la Universidad de la República (UDELAR, 2021) donde se afirma que este fenómeno se da más en el interior del país y en el medio rural, hecho que acompaña la tendencia mundial.

Se entiende que para comprender la situación por la que está pasando la población rural de nuestro país a nivel de salud mental, es fundamental profundizar en el análisis de la accesibilidad de esta población en todo lo que refiere a esta temática, indagar tanto en lo que respecta a los servicios de atención disponibles, sus discursos y las condiciones en las que operan, como en los sujetos, sus representaciones acerca de la salud mental y aspectos del contexto social y comunitario (Comes et al., 2007). Es por esto, que este proyecto de investigación gira en torno a los conceptos de representaciones sociales y accesibilidad.

Se afirma que existe una crisis en materia de salud pública, donde la carencia de especialistas en algunas regiones del país, las deficiencias en las políticas de atención, en el acceso a los servicios y en la calidad del registro de datos, son importantes para entender el panorama del suicidio en Uruguay (Tauber, 2025). Por tanto, nos ayuda a comprender también la prevalencia de estos en el interior del país, principalmente en zonas rurales o con un menor grado de urbanización (CERES, 2024).

En esta misma línea, ante el agravamiento de este fenómeno en Uruguay, además de las estrategias de descentralización de la atención, se implementaron acciones orientadas a desmitificar las concepciones acerca de la salud mental y eliminar el estigma asociado, reconociendo a este como un factor de riesgo (CERES, 2024). De esta manera, la estigmatización, el desconocimiento y los tabúes también tienen influencia en la búsqueda de ayuda en servicios de atención psicológica de muchas personas que presentan malestar o sufrimiento (OMS, 2024).

Según Arias y Blanco (2010) estas problemáticas en el medio rural, han sido escasamente estudiadas desde un enfoque psicosocial y cultural. Los factores ligados a la falta de información, tienen que ver, entre otras cosas, con lo que los autores denominan una representación idílica de lo rural. De esta forma, se percibe a lo rural como una sociedad en donde persisten los valores tradicionales, relaciones armónicas con el otro, una sociedad genuina, tranquila, paternalista, lugar de felicidad y solidaridad. Lo anteriormente

expresado es un pensamiento idealizado de la ruralidad, que persiste aún cuando se reconocen las situaciones de pobreza, de carencia y en ocasiones la falta de servicios básicos, como el saneamiento, la electricidad, o mismo, servicios de atención médica. Esta visión ha contribuido a la invisibilización del sufrimiento de la población rural, lo que hace, por ejemplo, que las problemáticas de salud mental en estas zonas sean escasamente percibidas. Por otro lado, provoca que hayan quedado fuera del foco de las políticas de prevención y promoción de salud mental, y se haya perdido el interés de los académicos por la investigación en estos contextos (Arias y Blanco, 2010). A nivel de la intervención, algunos autores plantean que se la aborda desde un enfoque poco sensible a las características del entorno (Costa y Dimenstein, 2017).

Continuando con lo anteriormente planteado, resulta imprescindible la investigación acerca de la accesibilidad a los servicios de atención. Se indagará también en esta misma línea, en las representaciones sociales de la población acerca de la salud mental, el acceso a la información, las redes de apoyo, etc. El acercamiento por parte de la Psicología a la temática es pertinente dada la dimensión psicológica y social de la misma, además de la mirada compleja, crítica e integral que aporta esta disciplina en la investigación y en el análisis. Por último, los resultados de esta investigación, podrían aportar en un futuro al diseño de intervenciones en el medio rural, que favorezcan la aproximación de las personas de este contexto a servicios de salud mental.

### **Antecedentes**

Tomaremos como referencia para este trabajo, estudios relacionados, a nivel nacional e internacional, que funcionarán como punto de partida teórico para el desarrollo de esta investigación.

En nuestro país, Pérez (2020), realizó una revisión en la que se expone el aumento de las tasas de suicidio en el medio rural como consecuencia de la imposición de políticas neoliberales en América del Sur. La autora efectuó un análisis de la configuración territorial del suicidio a partir del cual advierte que las carencias socioespaciales constituyen factores determinantes del sufrimiento social y subjetivo. En consecuencia, se identificó que las zonas rurales son las más vulnerables al suicidio. En el estudio, Uruguay se describe como un país pequeño con grandes desigualdades territoriales, resultantes del proceso de construcción socioespacial. Por un lado, esto se debe tanto a la histórica asignación de recursos a Montevideo (entre ellos los atencionales), como a la centralización política y económica del Estado y de los grupos sociales de mayor poder. Por otro lado, deriva del

proceso de poblamiento urbano céntrico, que dejó un territorio fragmentado y polos de desarrollo marcados. Las áreas rurales, se transformaron en territorios dependientes, estancados y con bajo nivel de calidad de vida. En el trabajo, estas proposiciones se ven reflejadas en la distribución territorial de las tasas de suicidio, las cuales colocaron a departamentos como Rocha, Treinta y Tres, Cerro Largo y Lavalleja entre los más afectados. La autora argumenta que desde finales de los noventa las tasas de suicidio han aumentado proporcionalmente en relación a las diferencias territoriales anteriormente descritas (Pérez,2020).

Adicionalmente, se encontraron los avances de una investigación realizada en el norte de nuestro país por Negrín (2025) en la que actualmente se está estudiando el impacto psicosocial de la sequía en el medio rural uruguayo. En el informe, la autora advierte que el factor climático constituye otro de los factores que influyen en la salud mental de esta población. Agrega además, que la sequía en el 2022-2023, dejó entrever la escasa incorporación de recursos vinculados a los aspectos psicosociales en las distintas políticas implementadas para hacer frente a esta situación, a pesar de haberse detectado importantes necesidades de contención y apoyo en productores, pobladores y trabajadores rurales en general. La autora argumenta que el acceso a los servicios de salud en general y de atención a la salud mental, se vuelve complejo tanto por cuestiones vinculadas a los problemas que presenta el sistema para poder responder adecuadamente a la demanda, como a las enormes distancias en que se encuentran las poblaciones rurales de los centros de atención. En el estudio se deja ver además la falta de coherencia entre lo promulgado tanto en la Ley de Salud Mental como en las declaraciones por parte de representantes del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, con respecto a las estrategias adoptadas ante la sequía. Mientras en las declaraciones se hizo énfasis en el aspecto social y humano detrás del impacto económico de la sequía, ninguna de las medidas adoptadas contempló la atención a aspectos psicosociales.

Atendiendo al ámbito internacional, se encontraron investigaciones que incorporan la perspectiva de la población acerca de la salud mental y sus experiencias con los servicios de atención. En Ecuador, Hurtado (2024) estudió los imaginarios sociales de la población rural sobre la salud mental en la comunidad de Guanto Chico. La investigación tuvo como objetivo general, identificar los imaginarios sociales para poder entender cómo influyen en la salud mental de los adultos residentes del lugar. Con estos fines, se buscó reconocer los servicios de atención que se encontraban al alcance de la población rural e indagar en sus experiencias. Se realizaron entrevistas semidirigidas, de las cuales se obtuvieron las siguientes conclusiones: carencias significativas en el acceso a los servicios de atención en salud mental, ausencia de psicólogos en el centro de salud más cercano y falta de recursos



informativos y educativos sobre el tema. Esto llevó, según los investigadores, a la ausencia de claridad sobre cómo y cuándo buscar ayuda. Por otro lado, la mayoría de los sujetos no presentaban experiencias en atención psicológica, por lo que en caso de necesitar un consejo, acudían a las redes de apoyo de la comunidad, a la familia y a los amigos. Los participantes evidenciaron confusión en el rol del psicólogo, sin embargo, lo consideraron necesario para enfrentar ciertas situaciones, entre ellas, se nombra el suicidio. El bienestar mental fue relacionado con la felicidad y con la ausencia de problemas o de tristeza, sin embargo, a partir de las experiencias compartidas, la ansiedad y el estrés aparecen como problemáticas frecuentes en la comunidad, intensificadas por dificultades económicas, preocupaciones familiares o ante la existencia de algún fracaso. El sufrimiento parece representarse en las entrevistas como parte inevitable de la vida rural.

En segundo lugar, se destaca la investigación de Salgado-de Snyder et al. (2003), cuyo objetivo fue identificar, en los pobladores de una localidad rural de México, las conductas de utilización de los servicios de atención para resolver problemas de salud mental. Se utilizó la técnica de entrevistas en profundidad, las cuales se realizaron a los pobladores y a prestadores de servicios, entre estos, un médico general, enfermeras, un sacerdote y sanadores tradicionales (curanderos). Los resultados de la investigación evidenciaron que lo primero que hace una persona para remediar un síntoma relacionado a la salud mental, es recurrir al autocuidado. Cuando estos no son suficientes, buscan ayuda en sus redes de apoyo. En tercer lugar, se encuentra la búsqueda de ayuda en fuentes externas, generalmente miembros del sistema etnomédico local. Se reveló que la búsqueda de ayuda de un especialista en salud mental, médicos y psiquiatras, es muy poco probable entre los pobladores rurales, debido tanto a las barreras geográficas, como a las distancias culturales entre el prestador de servicios y los pobladores.

Se encontraron además, dos investigaciones de carácter cuantitativo, que se basaron en la teoría de las representaciones sociales para explorar los significados atribuidos por diferentes comunidades indígenas al concepto de salud mental. Si bien se refieren a una población diferente a la nuestra, se entiende que estos estudios pueden brindar algunos aportes significativos. En primer lugar, Ospina y Gomez (2006), desarrollaron su investigación en una comunidad indígena de Colombia, partiendo de la premisa de que la manera en que las personas se vinculan con la salud, está relacionada directamente con sus sistemas de creencias. Realizaron encuestas a 150 personas, que evidenciaron la presencia de un carácter religioso, ideal, no humano en las representaciones de la salud. Los conceptos de salud, enfermedad y los tratamientos, se presentaron vinculados a las energías aportadas por los elementos de la naturaleza y a los espíritus malignos. La enfermedad mental apareció como “la loquera”, caracterizada como un mal infligido, lo mismo en relación al estrés. Se identificó además, un reconocimiento por

parte de la comunidad de las enfermedades occidentales, aquellas que ellos no pueden curar, como el cáncer, o los ataques al corazón. De igual forma, manifestaron un acercamiento a la medicina occidental, por ejemplo, la mayoría de las personas entrevistadas dijeron haber sufrido depresión y ser tratados por médicos de los sistemas de salud, consiguiendo sentirse curados.

Por otro lado, Bautista et al. (2024), trabajaron sobre las representaciones sociales de la salud mental en una comunidad Nahuatl, en la Huasteca, México. En el estudio, se presentan múltiples vulnerabilidades de estos pueblos, entre ellas, el acceso limitado a los servicios de salud, especialmente los referidos a la atención en salud mental, siendo las regiones rurales las más afectadas. La investigación buscó acercarse a estas representaciones, utilizando la técnica de listados libres. Como resultado, los términos más asociados a la salud mental fueron: tranquilidad, paz y respeto; dependiente de estados pacíficos en familia, del respeto al prójimo y al entorno natural. Por otro lado, un 10 % de la población encuestada dijo desconocer el concepto. Uno de sus aportes más significativos, es la necesidad de que los profesionales de salud mental estén capacitados para trabajar desde un marco intercultural, que contemple el contexto y la perspectiva local.

Finalmente se destaca un estudio fuera de Latinoamérica que resulta significativo ya que se centró en el análisis de la búsqueda de ayuda de habitantes rurales frente a problemas de salud mental. Judd et al., (2006) estudiaron la población rural de Nueva Gales del Sur y Victoria, Australia. Entre los factores relacionados a la búsqueda de ayuda, se tomaron en cuenta lo que denominaron “valores agrarios”, marcados por el estoicismo, la autosuficiencia, los factores actitudinales y el estigma. Además, investigaron acerca de las variables sociodemográficas y las actitudes generales hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. La investigación parte de la base de que el autorreconocimiento de los problemas de salud mental y la decisión de buscar tratamiento están influenciados por variables sociodemográficas y una variedad de factores actitudinales como la utilidad percibida de los proveedores de servicios, el estigma acerca de las enfermedades mentales, así como la alfabetización en salud mental. Se realizó un cuestionario autoinformado, a partir del cual se concluye que la disposición de un individuo a buscar ayuda para tales problemas también está influenciada por su disposición a adoptar el papel de enfermo y su actitud general hacia la búsqueda de ayuda, por lo que los esfuerzos por mejorar esta búsqueda tienen que centrarse en abordar estas actitudes que funcionan como barreras. Además, se sugiere como clave, mejorar la accesibilidad y la aceptación de los servicios de salud mental en contextos rurales. El estudio situó a la variable de género como principal dado que las mujeres tenían una actitud más positiva hacia la búsqueda de ayuda en comparación con los hombres encuestados.

## **Marco Conceptual**

### **Salud y Salud Mental**

Para hablar de salud mental primero es menester asumir una posición paradigmática con respecto a la concepción de salud. Durante el desarrollo de este trabajo, nos atenderemos a un modelo biopsicosocial y sistémico. Siguiendo los aportes de Garita Pulido (2013), entenderemos a la salud más allá del pensamiento reduccionista salud-enfermedad, sino como un proceso complejo que involucra diversos factores de la vida del sujeto, una relación dialéctica entre la persona y su entorno. De esta manera, aparte de los factores biológicos y psicológicos; lo contextual, es decir, los procesos sociales, las condiciones de existencia, aspectos económicos, políticos y culturales; las redes sociales que se tengan, el lugar que se ocupe en la estructura social, entre muchos otros, también son elementos que intervienen en el bienestar personal, familiar y colectivo, por ende, en la salud.

Al hablar de la salud como un sistema complejo, encontramos una causalidad circular, en la que los cambios en cualquiera de los elementos que lo componen, afectarían al individuo. De esta manera, llegaríamos a la idea de salud como proceso en donde se interrelacionan muchos factores que permiten un funcionamiento positivo íntegro, o una mayor calidad de vida en general (Garita Pulido, 2013). Continuaremos en esta línea de pensamiento sistémico para hablar de salud mental.

La Ley de Salud Mental N.º 19.529 (Uruguay, 2017) se refiere a la misma como un: “Estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (art.2). Este estado al que se refiere la ley, en consonancia con la definición de salud adoptada, resulta de un proceso de carácter dinámico, que se encuentra determinado por factores históricos, socioeconómicos, biológicos, psicológicos y culturales.

Nuestra responsabilidad como profesionales y la del Estado con respecto a la salud mental se dirige a promover condiciones favorables para que todas las personas y las comunidades, sin distinción alguna, logren el desarrollo máximo de sus capacidades y estado de bienestar. Para esto, se trabaja desde diversas líneas en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas y las comunidades (MSP, 2023).

## Medio Rural

Se puede afirmar que a nivel académico, no existe un consenso en la definición de lo rural (Cardeillac et al., 2016). Tomando los aportes de Cardeillac et al. (2016), entendemos que la población rural en Uruguay reúne dos subpoblaciones, por un lado la *población rural dispersa*, en la que se encuentran todas las personas que viven en los mismos establecimientos agropecuarios, grandes, medianos y pequeños; y por otro lado, la *población rural nucleada*, personas que viven en pequeños poblados. Una forma de entender la ruralidad, es la presentada por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011), el cual considera como “rural” únicamente a la población rural dispersa; siendo esta, según Cardeillac et al. (2016) una definición muy restringida y limitante. Este tipo de definiciones, reproducen dualismos, oponen el medio rural del medio urbano, definen uno como opuesto al otro. Al día de hoy, sabemos que han existido una serie de transformaciones en el campo uruguayo, y que el tránsito o el movimiento entre ambas zonas, rural y urbana, ha aumentado. Actualmente, una de las características del campo uruguayo es que la mayoría de los trabajadores rurales ya no viven en los establecimientos (Cardeillac et al., 2016).

Otros autores han trabajado sobre este tema, Sorokin y Zimmerman (1929) presentan el concepto de *continuum* rural-urbano, de manera de sustituir el pensamiento dicotómico por un gradiente de posibilidades, donde no exista un punto de ruptura absoluto entre los polos. En esta misma línea, aparece la noción de *hogares agrodependientes* conceptualizada por Domínguez (2008), donde al menos uno de sus integrantes tiene como ocupación principal el sector agropecuario.

Por último, Cardeillac et al. (2016), añade la perspectiva de las nuevas ruralidades, de manera de reconocer las transformaciones nombradas anteriormente, además de entender que actualmente lo rural ya no se reduce al agro ni a la población dispersa, ya que los trabajadores no habitan exclusivamente en el medio. Cada vez hay más trabajadores que residen en localidades urbanas vecinas y habitantes en el medio rural que ya no se dedican al trabajo agropecuario. A partir de esta perspectiva se desdibujan los opuestos: rural - urbano, agro - Industria, atrasado - moderno y se pone en evidencia la multidireccionalidad de estos procesos (Cardeillac et al., 2016).

## Salud Mental y Medio Rural

Neto y Dimenstein (2021) plantean que a nivel mundial, las tasas de pobreza en áreas rurales son sistemáticamente superiores a las de las zonas urbanas. A su vez presentan algunas investigaciones realizadas en el país vecino, Brasil, que dan cuenta de las principales fuentes de preocupación presentadas por la población rural, entre las que se

incluyen: problemas de salud en general, conflictos familiares, soledad, violencia y temor a esta. Asimismo, se identifican factores relacionados al trabajo en el campo, como formas de explotación laboral, pluriactividad, falta de mantenimiento de las carreteras, entre otros. Señalan además, la escasa prioridad que ha recibido el medio rural en la agenda política, lo que ha influido de forma negativa en las condiciones de vida de los sujetos, el aislamiento con respecto a los servicios de salud, la educación y la asistencia, la existencia de viviendas precarias, saneamiento básico deficiente, entre otras cosas (Neto y Dimenstein, 2021). En el trabajo también se exhiben resultados de diferentes estudios sobre población rural en que el insomnio, depresión, episodios psicóticos, trastornos mentales y abuso de sustancias, fueron algunas de las afecciones recurrentes detectadas (Neto y Dimenstein, 2021). Werlang (2013 como se citó en Neto y Dimenstein, 2021) afirma que los contextos rurales se han convertido en el lugar de las prácticas suicidas, ya que se han constituido como un lugar de fragilidad, caracterizado por el avance del sufrimiento social.

Como se mencionó anteriormente, el factor climático es otro de los que tiene gran influencia en la vida de las personas del medio rural. Retomando a Negrin (2025), sabemos que fenómenos como la sequía son desencadenantes de momentos de crisis, principalmente para los pequeños productores y productores familiares. Estas situaciones devienen en decisiones importantes y en muchos casos definitivas, que afectan no solo a la producción sino también a todas las dimensiones de la vida familiar y social; por lo que vienen acompañadas de altos niveles de estrés, angustia, insomnio, irritabilidad, ataques de ansiedad y desesperación. En los avances de su investigación la autora presenta algunos de los intercambios con los productores y pobladores de la región, en los que ellos expresan la necesidad de poder hablar con alguien en estas situaciones, para poder visualizar salidas del problema de manera conjunta.

### **Servicios de Salud Mental, Accesibilidad y Barreras**

Giráldez (2024) plantea que en el medio rural, el alcance de los servicios de salud suele ser especialmente limitado, aún más los de salud mental. Sin embargo, a partir de 1986 se inicia el proceso de implementación del Plan Nacional de Salud Mental en Uruguay, que da inicio a una serie de intentos por subsanar las deficiencias de atención en salud, y los vacíos atencionales. Diez años después, la Administración de los Servicios de Salud del Estado, implementa la creación de Equipos Comunitarios de Salud Mental. En un principio, se crearon 34 equipos ubicados de manera distribuida en todo el país, 11 en Montevideo y 23 en el resto del territorio uruguayo. Para el año 2017 la cantidad de equipos comunitarios había llegado a 47. El objetivo de estas intervenciones era responder integralmente a las

necesidades de la población en el lugar donde las personas desarrollan su vida cotidiana. Estos movimientos de descentralización de la atención en salud mental redujeron en gran medida los vacíos sanitarios existentes y provocaron una mejora significativa en el acceso a estos servicios en el interior del país y en las zonas rurales (Giráldez, 2024).

A pesar de estos esfuerzos por universalizar la atención en salud, en muchos lugares no existen servicios formales de salud mental y cuando los hay, estos suelen ser de baja calidad y presentar dificultades de accesibilidad. Si sumamos esto con los bajos niveles de conocimiento sobre salud mental y el problema de la estigmatización que existe alrededor de la temática, se pueden identificar factores significativos que impiden la búsqueda de ayuda de la población en estos servicios (Giráldez, 2024).

En este sentido, el concepto de accesibilidad resulta imprescindible para reflexionar sobre estas deficiencias en la atención. El mismo, hace referencia según Landini et al. (2014) al grado de ajuste entre las características de la oferta de servicios (el sistema de salud y sus profesionales) y las características y necesidades de la demanda, en este caso, la población rural.

En esta misma línea, Comes et al. (2007) trabajan sobre el concepto de accesibilidad y afirman que el mismo, ha sido planteado frecuentemente como un problema de la oferta, sobre el que sería necesario eliminar las barreras que se pudieran interponer. No obstante, las autoras abordan la noción desde una perspectiva relacional, en donde la misma está definida por los encuentros y desencuentros entre los servicios y los sujetos. Definir la accesibilidad únicamente desde la oferta de servicios de atención, quitaría responsabilidad a los sujetos como constructores de accesibilidad, y haría que las representaciones sociales, los discursos y las prácticas de vida y de salud de la población rural no sean consideradas por los servicios a la hora de dar respuesta a las mejoras de accesibilidad. En este sentido, la accesibilidad sería la “relación entre los servicios y los sujetos en la que tanto unos como otros contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Comes et al., 2007, p.202). El encuentro, estaría determinado entonces, por ambas partes, haciendo que este no sea responsabilidad únicamente del sujeto ni tampoco de los servicios. El vínculo entre sujetos y servicios ubicado en la base de la definición de accesibilidad, se construye en una combinatoria entre las condiciones y los discursos de los servicios de atención y las condiciones y representaciones de los sujetos, manifestándose en la forma particular en que se utilizan los servicios (Stolkiner y Otros, 2000 como se citó en Comes et al., 2007).

Desde esta perspectiva de accesibilidad, las “barreras” se entienden como aquellos factores que se colocan entre los usuarios y los servicios limitando la posibilidad de recibir una atención satisfactoria (Landini et al., 2014). Henrique & Marino (2008, como se citó en

Giráldez, 2004), reconocen cuatro barreras de accesibilidad en la atención en salud, entre ellas: la económica, administrativa- organizacional (obstáculos presentados en la organización de recursos de asistencia), la geográfica y la sociocultural, renombrada por Comes et al. (2007) como simbólica. Nos detendremos en estas dos últimas dada su cercanía a las dificultades de accesibilidad que se presentan en relación a los servicios de salud mental por parte de la población rural planteados anteriormente.

En cuanto a la barrera geográfica, se refiere al tiempo necesario que le llevaría a una persona llegar a los servicios de salud utilizando los medios habituales de transporte. En este caso, pensar en el tiempo que le llevaría a la población rural llegar a los centros de atención más cercanos, generalmente, ubicados en zonas urbanas. Por otro lado, sobre la barrera sociocultural o simbólica, el autor se refiere a aquellos factores que determinarían la búsqueda de ayuda. Es en esta barrera sobre la que haremos énfasis, ya que se encuentra estrechamente relacionada al objeto de estudio de la presente investigación. En esta categoría se buscarán las representaciones sociales de la población relativas a la salud mental, la percepción sobre el cuerpo y la enfermedad, la credibilidad en los servicios de atención, etc (Giráldez, 2024).

Landini et al. (2014) destacan una menor accesibilidad al sistema de salud en grupos sociales minoritarios o desfavorecidos, lo cual analizan a la luz de los factores psico-socio-culturales de la accesibilidad. Tanto pacientes como profesionales pueden formar parte de grupos sociales y culturas diferentes, que poseen creencias, representaciones y expectativas distintas, lo que puede derivar en conflictos implícitos o explícitos, así como en una atención insatisfactoria. Es por esto, que se otorga relevancia al estudio de las creencias, las teorías explicativas de la salud y de la enfermedad, los valores, actitudes y preferencias de los usuarios y a su impacto en la salud y en la atención recibida. De esta manera, a partir del concepto de accesibilidad relacional desarrollado anteriormente, fundamentado en el vínculo entre usuarios y servicios, resulta fundamental atender, por un lado, a las representaciones de la población sobre temas de la salud y por otro, a los marcos de sentido construidos por parte de los servicios. Esta articulación podría presentarse como facilitadora o como barrera.

## **Roles de Género y Adulthood en el Medio Rural**

En continuación con el apartado de barreras de acceso a los servicios de salud mental, según Judd et al. (2006), el sexo y la edad, son dos factores que influyen en el autoreconocimiento de un problema de salud mental y por tanto en la búsqueda de ayuda ante el mismo. En cuanto al género, son varios los estudios que demuestran su influencia en la búsqueda de ayuda, sin embargo, los autores plantean que esto puede verse aún más

acentuado en contextos rurales, ya que se han identificado tasas aún más bajas de búsqueda de ayuda en hombres del medio rural que en hombres provenientes de contextos urbanos (Judd et al., 2006). De la misma manera, las tasas de suicidio, en consonancia con lo expuesto en este trabajo, son mayores en hombres rurales. Esto podría estar asociado, según la autora, a los “valores agrarios”, que a pesar de ser compartidos por toda la población rural, aparecen más acentuados en los hombres (Judd et al., 2006). Estos valores mantienen y reproducen roles de género muy arraigados y una fuerte presión social cargada de prejuicios y estereotipos (Diez Bedman, 2007). Por tanto, son descriptores de masculinidad, asignan el rol y las actitudes del hombre en el campo; los cuales se constituyen como fuertes, resistentes, autosuficientes y cumplen generalmente el rol de proveedores de la familia, por lo que el factor económico, como mencionamos en los antecedentes, es uno de los indicadores que aparece más asociado a la aparición de la angustia y el estrés. Los valores agrarios, entonces, parecen representar barreras socioculturales ante la búsqueda de ayuda (Judd et al., 2006). Las mujeres, también son socialmente construidas por ese mundo simbólico en que se reproducen estos valores, sin embargo, tienden actitudes más positivas ante la búsqueda de ayuda (Judd et al., 2006).

Por otro lado, en cuanto al factor sociodemográfico edad, como vimos anteriormente, en nuestro país las franjas etarias de 75-79 años y 85-89 años registraron las tasas de suicidio más elevadas, lo que se muestra en concordancia con los planteos de Judd et al. (2006). Envejecer en el campo, implica enfrentarse a una realidad limitante, a tomar consciencia de los cambios físicos, laborales, emocionales que comienzan a influir en la vida cotidiana. Esto entra en conflicto con aquellas expectativas socioculturales vinculadas a la autosuficiencia, a la fortaleza y al afrontar las dificultades sin ayuda, lo cual aumenta las posibilidades de desarrollo de sintomatología depresiva en la persona, y por otro lado, obstaculiza la búsqueda de ayuda (Sánchez et al., 2014).

Estas dos variables sociodemográficas se tomarán en cuenta en la investigación.

## **Representaciones Sociales**

Las representaciones sociales, trabajadas por autores como Moscovici (1979) y Jodelet (1986), son definidas por esta última como una forma de conocimiento social a través de la cual se interpreta, se piensa y se da sentido a la realidad cotidiana. El tipo de conocimiento al que refieren estas representaciones, es al del sentido común, al conocimiento espontáneo, ingenuo y no científico. Este conocimiento se construye a partir de nuestras vivencias personales, pero también de la información, ideas, conocimientos, formas de pensar que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. Por esta razón, es socialmente elaborado y compartido, designa una



forma de pensamiento social. Las representaciones se constituyen como modalidades de pensamiento práctico que tienen como objetivo la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (Jodelet, 1986).

Moscovici (1979), tiempo antes, las define como un corpus organizado de conocimientos y una actividad psíquica gracias a la cual las personas comprenden su realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios. El autor plantea que al hablar del fenómeno de las representaciones, partimos de la premisa de que no hay un corte dado entre el universo exterior y el universo del individuo o del grupo, que el sujeto y el objeto no son heterogéneos en su campo común.

La noción de representación social nos ubica en la intersección entre lo psicológico y lo social, el proceso psicológico y los contenidos, ambos dos, componentes íntimamente relacionados, formados uno en el otro y viceversa. En cuanto al primero, refiere al funcionamiento cognitivo, que es producto tanto de la biología como de la cultura. Por otro lado, en cuanto al contenido, éste se relaciona con la información proveniente de los hechos socioculturales significativos (Aguirre, 2004).

Moscovici (1979) agrega además, que la representación social es una preparación para la acción, en la medida en que no solo guía el comportamiento sino que además remodela y reconstruye los elementos del medio en el que el comportamiento tiene lugar, dando sentido al mismo. De esta manera el sujeto tiene la disposición a actuar en base a estas representaciones, por lo que estas serían un constructo eficaz para entender las motivaciones de la conducta, las motivaciones ante la búsqueda de ayuda y el acceso a los servicios de atención.

### **Problema y Pregunta de Investigación**

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se evidencian problemáticas de salud mental en la población rural adulta, sufrimiento social y dificultades en cuanto a la accesibilidad a servicios de atención psicológica. Tales problemáticas se ven reflejadas, entre otras situaciones, en la prevalencia de suicidios en contextos rurales; fenómeno escasamente abordado desde un enfoque psicosocial y cultural. Se entiende que para comprender la situación por la que está pasando la población rural de nuestro país a nivel de salud mental, es fundamental profundizar en el análisis de la accesibilidad, indagando en lo que respecta a los servicios de atención disponibles así como en los sujetos y sus representaciones acerca de la salud mental. Frente a esto, se hace relevante un abordaje de manera situada, teniendo en cuenta el factor sociocultural, las características y

particularidades propias del contexto. De este modo el presente proyecto de investigación busca indagar en las representaciones sociales de la población adulta del medio rural en relación a la salud mental y cómo estas influyen en la accesibilidad a los servicios de atención de esta índole.

Organismos gubernamentales colocan a Lavalleja entre los departamentos con las tasas más elevadas de suicidio. Por otro lado, la franja etaria más afectada corresponde a la población adulta mayor. Ambos hallazgos justifican la elección de la zona y población de estudio.

¿Cómo inciden las representaciones de la población adulta del medio rural acerca de la salud mental en la accesibilidad a los servicios de atención ?.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Conocer las representaciones sociales de la población adulta del medio rural sobre aspectos relacionados a la salud mental y cómo estas inciden en la accesibilidad a los servicios de atención.

### **Objetivos Específicos**

- Analizar las representaciones sociales de la población acerca de la salud mental.
- Identificar las condiciones de los servicios de atención en salud disponibles.
- Analizar cómo estas representaciones influyen en la percepción y utilización de los servicios.
- Identificar acciones ante el padecimiento vinculado a la salud mental.

## **Metodología**

Para el desarrollo de esta investigación se utilizará la metodología cualitativa de tipo exploratoria, ya que se entiende, es la más afín a los cometidos del proyecto. Siguiendo a Pérez (2002), este tipo de enfoque nos permite comprender el sentido de las representaciones sociales y de los discursos, dando un lugar privilegiado a la interpretación en el análisis de todo lo manifestado. Podemos utilizarla para estudiar cualquier fenómeno de

la realidad social, como en este caso, para estudiar la salud mental y representaciones de la población rural.

Como técnicas de recolección de información, se utilizará la entrevista semidirigida y los grupos focales. En cuanto a la primera, más allá de la existencia de ciertas pautas a seguir dentro de la temática a estudiar, la entrevista se dará en un orden libre, con flexibilidad en la forma de formular la pregunta y el momento de hacerlo (Batthyány et al., 2011). Las mismas se llevarán a cabo de manera individual con adultos rurales residentes en la zona a estudiar.

En lo que concierne a los grupos focales, cabe mencionar que son una forma de recolectar información mediante una especie de entrevista grupal semidirigida que se mantiene en torno a la temática, o a los tópicos de discusión propuestos por el investigador (Mella, 2000). Estos grupos suelen estar compuestos por seis u ocho participantes provenientes de un contexto similar, en este caso, se realizarán tomando en cuenta las agrupaciones ya presentes en la zona, como las cooperativas, los grupos de productores, etc. La información se obtiene a partir del análisis de la discusión que se genere, de las opiniones y experiencias recuperadas de las diferentes líneas de comunicación generadas en el grupo, entre los participantes, y entre los participantes y el moderador (Mella, 2000).

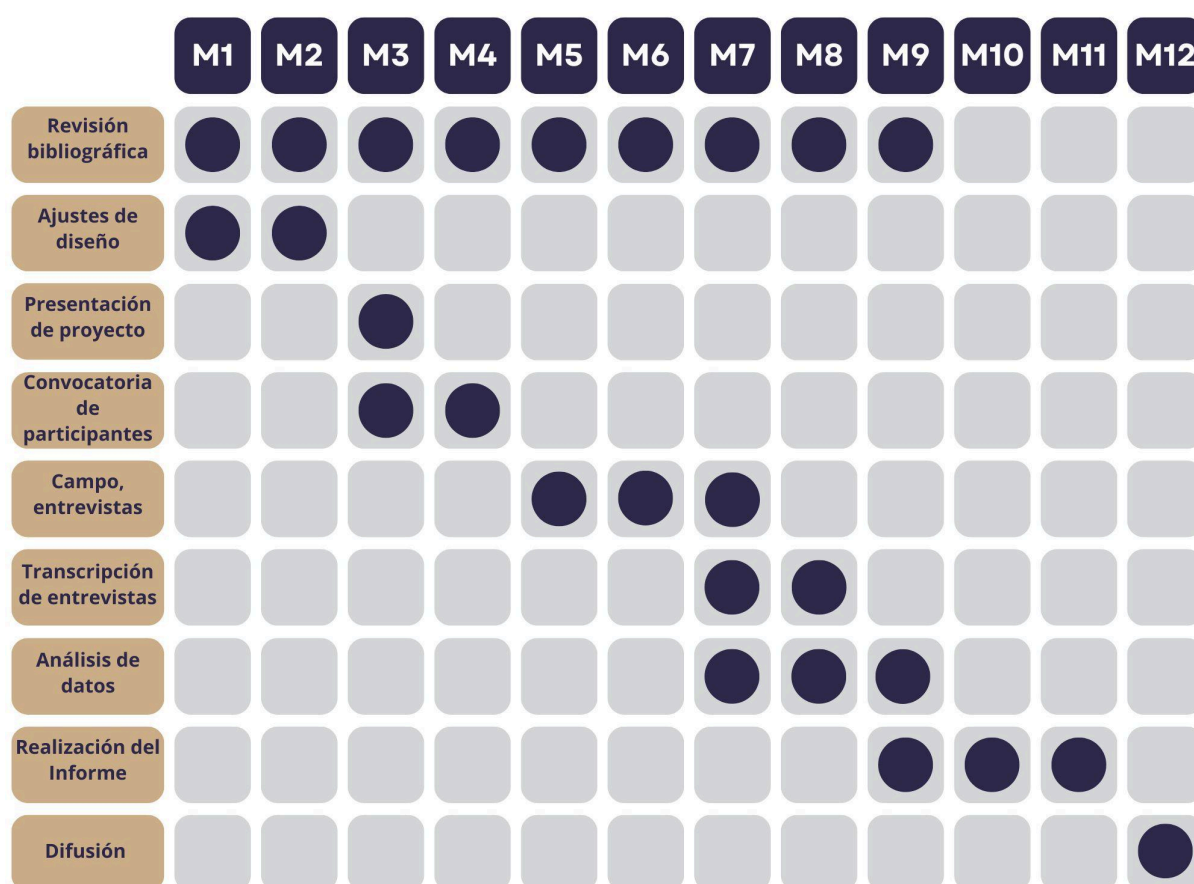
### **Delimitación de la Población**

Dados los datos suministrados por el Ministerio de Salud Pública, que posicionan al Departamento de Lavalleya como el que presenta las tasas más elevadas de suicidio a nivel nacional, se considera propicio delimitar la zona de investigación dentro de este para el análisis de la temática de salud mental. Por otra parte, a raíz de una intervención previa de la investigadora en una zona rural de este departamento, en el marco de una práctica conjunta entre Facultad de Psicología y Facultad de Agronomía de la Universidad de la República, se pudo identificar en algunas de las entrevistas realizadas, temas relacionados a la falta de servicios de atención y problemáticas de salud mental, incluyendo dos suicidios en la zona. En esa ocasión se investigó acerca de experiencias asociativas de los productores familiares y pequeños productores, por lo que se entrevistó a algunos de los mismos y a diferentes organizaciones y cooperativas del lugar. Dado que el acceso a dicha población ya existe, se considera que puede oficiar como población idónea para el presente estudio.

## Selección de la Población

La población de estudio estará conformada por residentes adultos de la zona rural de Lavalleja. La elección de trabajar con personas adultas se justifica por su vulnerabilidad ante el fenómeno suicida. Para determinar el número de entrevistas a realizar, se seguirá el criterio de saturación teórica. Según este criterio, la recopilación de datos puede detenerse cuando el investigador o investigadora tiene la impresión de no aprender ya nada nuevo, siendo importante para esto, que las personas participantes se ajusten a un perfil que sea representativo del universo socio-cultural estudiado (Bertaux y Bertaux-Wiame, 1980, como se citó en Bassi, 2014).

## Cronograma de Ejecución



## **Consideraciones Éticas del Proyecto**

El desarrollo de este proyecto, parte de la comprensión de la dimensión ética como ineludible en el ejercicio del investigador. Es por esto, que se tendrá siempre presente el Código de Ética profesional del Psicólogo (Coordinadora de Psicólogos et al., 2001), que guía el accionar de los investigadores en esta disciplina y la responsabilidad en lo singular de cada situación que se presente.

Se trabajará en todo momento, partiendo de una concepción de sujeto como emergente de su contexto histórico, producido y productor de su medio social. Los valores sociales, religiosos, éticos y políticos, las creencias y las costumbres serán respetadas.

Se tomarán en cuenta cada uno de los artículos establecidos en este código, haciendo especial énfasis en los pertenecientes al capítulo X del mismo, que se corresponde a las diferentes consideraciones relacionadas a la investigación. En primer lugar, en todo momento se preservarán los principios éticos de respeto y dignidad para con los participantes y la población en general. Se buscará previo a la investigación obtener el consentimiento informado de los mismos para su participación en el estudio, a través de un formulario de consentimiento que deberá ser firmado por los participantes. En este se deberá notificar acerca de los cometidos del proyecto y de sus derechos dentro del mismo. Se les garantizará a los participantes la confidencialidad de los datos, el anonimato de su identidad en el proceso y la publicación de la investigación, y la posibilidad de retirarse si así lo desean. Dentro del consentimiento informado se dejará una dirección de mail, o teléfono en el que puedan evacuar cualquier duda.

Dado que dentro de la investigación se tratarán temas sensibles relacionados a la salud mental, el investigador se hará responsable de cualquier movilización afectiva que se pudiera generar a partir de la investigación, debiendo mantener un seguimiento de los participantes y derivando la situación si así lo amerita a las redes de atención correspondientes. No se suprimirá información aún si esta es discordante con los resultados esperados del proyecto.

Para su realización, el presente proyecto deberá ser aprobado por el comité de ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, y regirse por el Decreto N° 379/008 del Ministerio de Salud Pública y el Consejo de Ministros del Poder Ejecutivo que trata sobre la investigación con seres humanos (Uruguay, 2019).

## **Resultados Esperados y Plan de Difusión**

Como resultados esperados, se pretende conocer las representaciones de la población rural estudiada acerca de la salud mental, de los servicios de atención y la búsqueda de ayuda frente a problemas de esta índole. Se buscará identificar las diferentes barreras que podrían estar obstaculizando tanto el reconocimiento de un problema como la accesibilidad a los servicios de atención, principalmente de aquellas barreras denominadas socioculturales. Se espera con esta investigación poder contribuir con aportes que permitan desde el punto de vista académico y de las políticas públicas, reflexiones e intervenciones situadas, teniendo en cuenta las peculiaridades del medio rural.

En cuanto al plan de difusión, será importante en primer lugar, hacer llegar el trabajo a aquellas entidades, organismos, instituciones u organizaciones con capacidad de agencia frente a este tema, que puedan promover políticas que impacten positivamente en el acceso a los servicios de atención en salud mental de la población. Debido a la relevancia del problema a nivel social en nuestro país y la necesidad de profundización a partir de nuevas investigaciones, se realizarán conversatorios en la universidad con el propósito de visibilizar a esta población dentro de los espacios académicos. En esta misma línea, se promoverá la publicación de este trabajo en revistas científicas.

Por último, se realizarán talleres junto con la población involucrada, donde se transmitirá el informe de la investigación utilizando lenguaje claro y fácil de comprender, de esta manera se busca devolver a la población rural los conocimientos obtenidos a partir del estudio de su comunidad y fomentar su participación tanto en espacios de atención psicológica como en aquellos que permitan mejorar la accesibilidad a estos servicios.

## Referencias

- Aguirre, E. (2004). Representaciones sociales y análisis del comportamiento social. En E. Aguirre y J. Yáñez Diálogos 3. *Discusiones en la Psicología Contemporánea*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Cien.
- Arias, E. y Blanco, I. (2010). *Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas de América Latina*. Estudios Sociológicos.
- Batthyány, K., Cabrera, M., Alesina, L., Bertoni, M., Mascheroni, P., Moreira, N., y Rojo, V. (2011). *Metodología de la investigación para las ciencias sociales: apuntes para un curso inicial*. Montevideo: Ediciones Universitarias.
- Bassi, J. (2014). *Hacer una historia de vida: decisiones clave durante el proceso de investigación*. Athenea Digital, 14(33), 129 - 170.  
<https://atheneadigital.net/article/view/v14-n3-bassi>
- Bautista-Valdivia, J., Palacios-Rodríguez, O., y Estrada-Aranda, B. (2024). *Representaciones sociales sobre salud mental del pueblo Nahua en la Huasteca Potosina sur*. Enfermería Universitaria, 19(4), 286-300.
- Cardeillac, J., Mascheroni, P., y Vitelli, R. (2016). *Investigación sobre definición operativa de la población rural con fines estadísticos en Uruguay*. Montevideo.
- Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social. (2024). *Situación actual y propuestas para mejorar el Sistema de Salud de Uruguay*.  
[https://ceres.uy/admin/uploads/slides/archivo\\_1748354915.pdf](https://ceres.uy/admin/uploads/slides/archivo_1748354915.pdf)
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay., Sociedad de Psicología., Facultad de Psicología (UDELAR)., y Facultad de psicología (UCU). (2001). *Código de Ética profesional del Psicólogo*.
- Costa, M., y Dimenstein, M. (2017). *Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais*. Trends in Psychology, 25, 1653-1664.

- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., ... y Stolkner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 00-00.
- Diez Bedman, M. (2007). *Las mujeres en el mundo rural. Reflexiones generales y contextualización*. Sumuntán, (24), 67-78.
- Domínguez, P. (2008). *Población y empleo rural y agropecuario 2006*. Montevideo: opypa, mgap.
- Fierro, C., y Rodríguez, N.(2024). Suicidio con Agroquímicos en contextos Rurales. Revisión bibliográfica de la producción científica latinoamericana. *Revista Médica Uruguaya*, 40 (2).
- Garita Pulido, A. (2013). La orientación para la salud mental: Reflexiones para delimitar un campo de intervención profesional. *Revista Electrónica Educare*, 17(2), 55-68.
- Giráldez García, C. (2024). Aportes de la geografía en la salud mental: entre las necesidades y avances de atención en Uruguay. Beceyro (Ed.), *Geografía para la salud: de la investigación a la docencia*. Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Filosofía y Letras.
- Hurtado Saca, M. (2024). *Imaginario sociales sobre la salud mental en la comunidad rural de Guanto Chico*. Universidad Politécnica Salesiana de Quito.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). Población, por área geográfica y sexo, según departamento. *Anuario Estadístico Nacional 2023*. Volumen N° 100. Recuperado de: <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/com>
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. *Moscovici, Serge (comp.), Psicología Social II*, Barcelona, Paidós, 469-494.
- Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., Murray, G., Fraser, C., Grieve, A., y Gomez, R. (2006). Help-seeking by rural residents for mental health problems: the importance of agrarian values. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 769–776.



- Landini, F., Cowes, V., y D'amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (2), 231-244.
- Mascheroni, P. (2021). Ruralidad, cuidados y políticas públicas. Reflexiones a partir del caso de Uruguay. *Revista de Ciencias Sociales*, 34 (49), 35-62.
- Mella, O. (2000). Grupos focales ("Focus groups"). Técnica de investigación cualitativa. *Documento de trabajo*, 3, 1-27.
- Ministerio de Salud Pública (2023). *Objetivos sanitarios nacionales 2030*.
- Ministerio de Salud Pública.(2024). *17 de julio: Día Nacional de Prevención de Suicidio*.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis: su imagen y su público*. (pp. 366-366).
- Neto, M., y Dimenstein, M. (2021). Desafíos para el cuidado de la salud mental en contextos rurales. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicología* , 14 (1), 1-26.
- Negrín, R. ( 9-12 de junio de 2025). Impacto psicosocial de la sequía en el medio rural: Relatos e imágenes del norte uruguayo [Resumen de Ponencia]. *X Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales: Horizontes y Transformaciones para la Igualdad*, Bogotá, Colombia.
- Ospina,C., y Gómez,B. (2006). *Representaciones sociales de la salud mental en la comunidad indígena Embera-Chamí de Cristianía en el Municipio de Jardín Antioquia* [Doctoral dissertation]. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Suicidio*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Pérez Andrés, C. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Revista española de salud pública*, 76, 373-380.
- Pérez-Fonseca, A. (2014). Sufrimiento y suicidio: estudio de caso en campesinos del sur de Brasil. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 89-98.

- Pérez, A. (2020). La denuncia de la muerte en América del Sur: suicidios, ruralidades y tiempos neoliberales. *Revista Ciencias Sociales*, n.46, pp.43-65.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/23424>
- Salgado de Snyder, V.N., Díaz-Pérez M. D. J., y González-Vázquez, T. (2003). *Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México*. Salud Pública de México, 45(1), 12-26.
- Sánchez, C., Madrid, G., Merlo, M., Hernández, F., Reyes, A., y López, M.. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 321-327.
- Sorokin, P. y Zimmerman, C. (1929) *Principles of Rural-Urban Sociology*. Nueva York: Henry Holt.
- Tauber, N. (31 de Marzo de 2025). Un intento de suicidio cada tres horas en Uruguay: reflejo de una crisis en la salud pública. *La Diaria*.
- Universidad de la República. (2021). *Un tema que nos duele a todos*.<https://udelar.edu.uy/>
- Uruguay. (12 de junio de 2019). Decreto 158/019, referente a la investigación con seres humanos. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>
- Uruguay. (19 de septiembre de 2017). Ley N° 19.529 de Salud Mental. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>