



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO

***Sufrimiento en Ebullición: Suicidio e Intentos de Autoeliminación en
Adolescentes que sufrieron Abuso Sexual Infantil***

Modalidad: Monografía

Estudiante: Eleana Sofía Montes Panizza

CI: 5.118.635-2

Tutora: Mag. Lic. Psic. Zulema Suárez

Revisora: Mag. Lic. Valeria Piriz

Julio, 2023

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción	4
Desarrollo Teórico:	
1.1 Las Adolescencias.....	6
1.2 Las Adolescencias desde la Perspectiva de Derechos	9
2.1 Las Violencias	12
2.1.2 Violencia Basada en Género y Generaciones	14
2.1.3 Violencia Sexual - Abuso Sexual Infantil (ASI)	15
2.2.1 Los Indicadores del ASI en las adolescencias	19
3.1 Suicidio e IAE en las adolescencias	21
3.1.2 Mitos y realidades sobre el suicidio	24
4.1 ASI y Suicidio - IAE en las adolescencias	26
4.2 Los sucesos traumáticos intencionados y el trauma	30
Reflexiones finales.....	31
Bibliografía	38

RESUMEN

La presente monografía, es el Trabajo Final de Grado para acceder al título de Licenciada en Psicología en la UdelaR y tiene como objetivo abordar, como las situaciones de abuso sexual infantil (ASI) en la adolescencia tardía podrían derivar en el suicidio o intento de autoeliminación (IAE).

Nuestro país, se ubica entre los países de Latinoamérica con una de las mayores cifras de suicidios. Observándose, de acuerdo a Larrobla et al (2012) que los suicidios ocupan el segundo puesto como causa de muerte en las adolescencias y en las juventudes, por lo que las adolescencias deben ser consideradas como unas de las poblaciones de riesgo.

Es necesario, el lograr visibilizar que las tasas de suicidio y las situaciones de ASI detectadas han aumentado su número según el Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia víctima de Violencia (SIPIAV, 2022).

La elección de la temática se debe a la importancia social que posee, ya que debido a lo mencionado, las cifras de estas situaciones han aumentado y son considerados problemas de salud pública.

En este trabajo académico, se busca abordar los temas mencionados, desde una perspectiva de género y de derechos, haciendo especial hincapié en la importancia de la prevención de estas situaciones.

Es de suma importancia que como profesionales de la salud, de la educación y todos aquellos que trabajen con las adolescencias, puedan tener información sobre éstas temáticas para lograr actuar de manera certera en: la ayuda, acompañamiento, orientación, prevención y detección temprana de estas situaciones.

Palabras claves: Adolescencias, suicidio, IAE, abuso sexual infantil, prevención.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una monografía que se encuentra en el marco del trabajo final de grado para dar culminación al proceso educativo y de formación de la Licenciatura en Psicología en la UdelaR. La temática que se aborda refiere a como las situaciones de abuso sexual infantil (ASI) en las adolescencias (15 a 19 años de edad) pueden derivar en el suicidio o intento de autoeliminación (IAE), ya que muchas veces la estigmatización, la falta de apoyo y de sostén, el descreimiento de lo dicho por el adolescente, su sufrimiento, entre otras cosas, podrían producir en estas situaciones, la generación de conductas suicidas. La elección de la temática se debe a la importancia de visibilizar y vincular estos temas, ya que hay bastante material académico de estas temáticas por separado y no en conjunto, siendo algo llamativo, dando cuenta que aún en lo social siguen siendo considerados temas tabú. Observándose además (como ya he mencionado) que las cifras de suicidios y de las situaciones de ASI en las adolescencias han aumentado (SIPIAV, 2022). Por lo cual, tomando en cuenta que estas situaciones son consideradas problemas de salud pública, es de vital importancia abordarlas para crear herramientas para su prevención.

Esta monografía se encontrará conformada por cuatro apartados, los cuales permitirán realizar una articulación teórica y reflexiva

En el primer apartado se abordarán las adolescencias, explicando que se entiende por ellas y el porqué de nombrarlas desde la diversidad, viéndose también en qué momento socio-histórico apareció este término, además de dar cuenta de las diferentes concepciones y miradas, por lo cual aclararé cuál de éstas elegiré para trabajar las adolescencias en el presente trabajo. Además de la importancia de trabajar con las adolescencias desde la perspectiva de derechos, haciendo alusión a la Convención de los Derechos del Niño (1989) y al Código de la Niñez y la Adolescencia (2004), a su vez mencionando a la Doctrina de la Situación Irregular y por ende a la actual Doctrina de la Protección Integral que ve a las adolescencias como sujetos de derechos.

Luego se aborda el concepto de violencias, comenzando a definir las de manera general, haciendo mención de la importancia de lograr vislumbrar a las violencias como producto de la sociedad patriarcal en la que nos encontramos inmersos, además de ser una violación a los derechos humanos, siendo necesario el enfoque de derechos para abordarla. Se presentan cifras actualizadas de las situaciones de violencias detectadas. A su vez, se hace mención acerca de la violencia basada en género y generaciones (VBGG), explicando que se entiende por ésta, refiriéndose entre otras a la Ley N° 19580 (2018), haciendo énfasis en la importancia del enfoque de perspectiva de género y generaciones para abordar estas situaciones. Luego se explicita que se entiende por violencia sexual, haciendo foco en las

situaciones de ASI en las adolescencias. Nombrando las asimetrías de poder presente en estas situaciones, planteando el consentimiento, la estigmatización, la cronicidad de estas situaciones en muchos casos, la importancia de la prevención y detección temprana. También hago mención de los indicadores de ASI, físicos, conductuales y psicológicos; específicos e inespecíficos.

En el apartado tres, hago referencia al suicidio y al IAE en las adolescencias, definiendo ambos términos, mencionando las diferentes conductas suicidas, destacándose al suicidio como un problema de salud pública. También se hace mención de los diversos métodos utilizados para la tentativa o consumación del suicidio, según el sexo del sujeto. Hago referencia de los distintos mitos ,y su desconstrucción, haciendo luz a la gran importancia de la educación en la prevención del suicidio.

Se continúa con un apartado en el que se aborda el ASI y el suicidio - IAE en las adolescencias, tratando los diferentes factores de riesgo (FR) de las conductas suicidas en las adolescencias haciendo énfasis en el ASI como un FR de gran importancia en estos casos. Se plantea la importancia de fortalecer los factores protectores (FP) de estas adolescencias, para prevenir los IAE y el suicidio. En este capítulo, se aborda además, los sucesos traumáticos intencionados y el trauma, explicando que se entiende por éstos, mostrando cómo las situaciones de ASI generan un impacto en el desarrollo de los sujetos, produciendo secuelas emocionales en éstos, dando paso en muchos casos a conductas suicidas.

Y para culminar con la presente monografía, se encuentran las reflexiones finales, en la cuál hago mención de la importancia de cuáles enfoques, perspectivas y posición se deben tomar para abordar estas temáticas como futura profesional de la Psicología. Haciendo énfasis en la importancia de educar para la prevención y detección temprana de estas situaciones a los profesionales que trabajan con las adolescencias.

DESARROLLO TEÓRICO:

1.1 Las Adolescencias

Antes de comenzar con la elaboración del tema elegido creo pertinente mencionar y definir las adolescencias, siendo necesario en primer lugar ver el origen del término "...proviene del latín *adolescens*, participio presente de *adolescere*: crecer. Para los romanos: ir creciendo e irse convirtiendo en adulto" (Amorín, 2010, p.121).

El término adolescencias según Lora (2014):

Apuesta por remarcar que existe una diversidad de formas de vivir la adolescencia y una pluralidad por tanto de adolescentes, cada uno con su experiencia y su historia particular, buscando y encontrando posibles salidas, las mismas que se autorizan desde la singularidad subjetiva de cada uno. (p. 308)

Asimismo es necesario el tomar en cuenta el momento sociohistórico en el cual el sujeto que lo transita forma parte, ya que de acuerdo a ese momento sociohistórico es la concepción de adolescencias. Para Le Breton (2014) la adolescencia surge a finales del S. XVIII en las familias de clase social privilegiada, pero la concepción de ésta se solidifica siguiendo los pensamientos de Ariès (1987) en el S.XIX, en dónde se hace obligatoria la vida escolar para los niños y los adolescentes.

A partir de lo antedicho es necesario hacer referencia de que no todos podían concurrir a la enseñanza secundaria, siendo un privilegio para los que formaban parte de la clase social burguesa, considerándose adolescentes únicamente a los que las conformaban.

La concepción de adolescencia, es sin dudas una concepción occidental, que emerge en las sociedades industriales (Ariès, 1987) y además con la emergencia de la concepción de familia moderna.

Lo que sucedió en el transcurrir de la historia es que durante mucho tiempo, en la sociedad, el niño no era reconocido como tal, por ende la adolescencia en sí misma menos aún. Cuando el niño fue contemplado como tal, éste al llegar a desarrollarse físicamente en su totalidad pasaba a ser directamente adulto, sin existir aún la etapa etaria de la adolescencia (Ariès, 1987).

Las concepciones, definiciones y/o miradas de la infancia y la adolescencia en el transcurrir del tiempo, dependieron de las concepciones que se tuvieran de adultez, familia, estado y la de parentalidad (Amorín, 2010).

Las disciplinas que se interesaron en estudiar la adolescencia de acuerdo a lo mencionado por Le Breton (2014) fueron en primer lugar la medicina, interesada en los cambios físicos

que llegan con la pubertad y luego la psicología, interesada en estudiar el psiquismo de los jóvenes que atraviesan la adolescencia.

Para Le Breton (2014):

Solo existen jóvenes a través de la singularidad de su historia en el interior de una condición social y cultural, de un sexo, pero también y, sobre todo, de una condición afectiva. Desde hace una veintena de años la adolescencia está impregnada de significaciones múltiples bajo la égida de las transformaciones sociales y culturales de nuestras sociedades. (p.57)

En base a lo dicho anteriormente uno puede dar cuenta, de que con el paso del tiempo la concepción de adolescencia se fue haciendo más visible, y por ende ocupando un lugar importante en lo social. Logrando pasar de concebir a “la adolescencia” para pasar a concebir a “las adolescencias”.

En este sentido al hacer uso del término adolescencias “se busca preservar la diversidad y singularidad de los casos, tanto en lo que remite al psiquismo (estructuración psíquica y/o construcción identitaria) como a los factores socioculturales que las configuran y modelan.” (Viñar, 2013, p.15).

Normalmente se ve y se piensa a las adolescencias únicamente como una etapa cronológica en la vida de los sujetos, pero trasciende lo mencionado; las adolescencias conforme a lo dicho por Viñar (2013) se encuentran en un proceso de transformación, de crecimiento, en dónde el sujeto que lo esté atravesando, se encuentra en expansión, va a obtener logros y fracasos, pero éstos no deben de distribuirse en blanco o negro. (p. 20)

De acuerdo a lo dicho por Amorín (2010) en las adolescencias, los sujetos que la conforman tienen características en común: transitan una crisis de identidad, se da una nueva constitución de sus ideales, se encuentran en el pasaje de la endogamia a la exogamia (segundo proceso de separación - individuación), hay una transformación en el modo de relacionarse con el otro sexo (intimidad, sexualidad) siendo aquí necesario agregar no únicamente con los del sexo opuesto, sino con aquellos sujetos que sienta atracción (sean de su mismo sexo, del opuesto, o de ambos).

En base a todo lo dicho, para Le Breton (2003) se puede ver en las adolescencias que:

(...) la necesidad de afirmar su identidad, de ser el actor de su propia historia, se traduce en un juego más o menos simbólico, consistente en probar los propios límites confrontándose a los que fueron establecidos por el entorno familiar y social. (p. 136).

Asimismo, en las adolescencias se puede ver que se encuentran en un punto de ruptura a través de la cual se da una metamorfosis, ¿por qué ruptura?, porque se derrumban los mitos que se dan en la primera infancia, y metamorfosis ya que el sujeto se encuentra estableciendo su identidad. (Le Breton, 2003).

De acuerdo a todo lo mencionado, es necesario para continuar con la conceptualización de las adolescencias hacer visible que de acuerdo a Munist et al (2007), podemos ver que en las adolescencias se da un segundo nacimiento, es decir en el sujeto que la transita se da un desprendimiento del sistema familiar, lo que genera un replanteamiento en el vínculo con éstos, fundamentalmente con sus padres. Este segundo nacimiento, socialmente muestra al adolescente como “rompe esquemas”, no generando (desde esta mirada) muchas veces desde los adultos simpatía hacia las adolescencias (p.30).

Se ha ido desarrollando en el transcurso de éste capítulo, la concepción de adolescencia, sus características, pero ¿cuándo comienza la adolescencia en nuestro proceso vital?.

Hay una diversidad de comienzos según la mirada y la concepción que sostengan quienes la abordan. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986) la adolescencia es un período que comienza a los 10 años de edad y culmina a los 19 años. La OMS piensa a la adolescencia dentro de esa población etaria, tomando en cuenta la madurez sexual y reproductiva de los sujetos, dando cuenta de una concepción totalmente biologicista y no dando lugar a la diversidad de las adolescencias.

El Programa Nacional de Salud Adolescente (2007) toma la concepción de adolescencia de la OMS (1986) mencionada anteriormente, pero éste Programa refiere que ésta concepción no contempla la diversidad de adolescencias. Aporta una mirada enfocada en la salud, desde una perspectiva de género, derechos y equidad.

El Código de la Niñez y la Adolescencia (2004) ve como adolescentes a todos aquellos sujetos mayores de 13 años y menores de 18 años.

En cambio para Amorín (2010) la adolescencia comienza a partir de los 8 o 9 años de edad y culmina a los 28 años. Divide de acuerdo a las edades en tres tipos de adolescencias:

- Adolescencia Temprana: Desde los 8 o 9 años hasta los 15 años
- Adolescencia Media: Desde los 15 años hasta los 18 años
- Adolescencia Tardía: Desde los 18 años hasta los 28 años.

Amorín (2010) piensa las diferentes etapas de las adolescencias, no sólo desde la maduración y desde la madurez sexual y reproductiva como en la OMS, sino también tomando en cuenta lo sociocultural y lo psicológico, brindando una mirada más abierta, dando paso a la diversidad de adolescencias y no tomando como único enfoque a la concepción biologicista que se le ha dado a la adolescencia.

Por esto mismo en esta monografía, la concepción de Amorín es la que voy a tomar para ubicarla en nuestro proceso vital.

El momento de la adolescencia en el que voy a hacer hincapié para abordar las temáticas de esta monografía, es dentro de la franja etaria de los 15 a los 19 años de edad. La elección es en base a las cifras de suicidio y ASI obtenidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2021) y por el SIPIAV (2022).

De acuerdo al informe del MSP (2021) por el Día Nacional de Prevención del Suicidio, se pudo ver que en nuestro país 42 adolescentes de entre 15 a 19 años de edad se quitaron la vida, por ende 16,6 es la tasa cada 100.000 habitantes, siendo una cifra más alta que en el informe presentado en 2019. Es necesario tener en cuenta que en ese período nos encontrábamos vivenciando las medidas sanitarias derivadas de la emergencia por Covid - 19.

Conforme a lo expuesto por el SIPIAV (2022) se pudo ver que las víctimas de abuso sexual con la edad entre 13 a 17 años fueron un 49% y de 18 años en adelante un 13%. Debiendo tener en cuenta, que hay más situaciones, pero que al no ser detectadas no son visibles en las cifras.

Teniendo en cuenta que el número de suicidios y de las situaciones de ASI aumentó en la franja etaria antes mencionada, se hace notoria la importancia de abordar el suicidio en esa edad, dado que además por cada suicidio consumado, hay muchas más tentativas.

El suicidio y los Intentos de Autoeliminación (IAE) son un fenómeno multicausal, una de sus causas en las adolescencias es el abuso sexual, por lo cual de acuerdo a lo recientemente mencionado y a las cifras que se expusieron se eligió esa franja etaria para su abordaje.

Es pertinente mencionar que la pandemia por Covid - 19 generó un impacto en las adolescencias, ya que a través de las medidas sanitarias, ellos perdieron (entre varias cosas) el contacto con sus pares cara a cara, tan necesario en esta etapa, relacionándose con ellos únicamente de manera virtual, ya que las instituciones educativas cerraron como parte de las medidas adoptadas, debiendo de tener sus clases de forma virtual. Por lo que, pasaron a estar en sus casas, respetando las medidas de aislamiento dispuestas por las autoridades, siendo en muchas ocasiones un lugar que no es seguro para ese adolescente, ya que si sufre de violencia intrafamiliar (física, sexual, psicológica), estaría la mayor parte del tiempo con su agresor, agravándose de esta manera las situaciones de violencia (Frías, S. 2020), siendo por ende contraproducente para la integridad del adolescente y de su salud mental (Moizo, R. 2022), aumentando de esa manera el riesgo de conductas suicidas.

1.2 Las Adolescencias desde la Perspectiva de Derechos

La Convención de los Derechos del Niño (CDN) se aprobó en 1989, y ha sido ratificada por 196 países. Se trata del primer tratado internacional, que a través de sus principios y de 54 artículos, configura un cambio de paradigma con respecto a la concepción de la niñez, y su vínculo con la familia y el Estado, a nivel internacional.

La CDN (1989) "... reconoce que los niños (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones". (UNICEF, 2006, p.6).

De acuerdo a lo mencionado, se puede dar cuenta que se deja de ver a la niñez como objeto tutelar para ser concebida como sujetos de derecho, dando paso a una nueva concepción de niñez, en la cual subyace la idea de igualdad jurídica, es decir, que se la comienza a reconocer como capaz de ser titular de sus derechos, dejando de esta manera de ser considerada como un sujeto incapaz jurídicamente. Dicho en otras palabras, a partir de la CDN (1989), la niñez tiene derecho a desarrollar de manera progresiva sus derechos, siendo menester aclarar, que el Estado y además los adultos referentes protectores que se encuentren al cuidado del niño, deben garantizar la protección de los derechos de la infancia, por lo cual son responsables de la vulneración del ejercicio de éstos (Cillero, 1997). También en esta nueva concepción se deja de ver a la niñez como una fase en la cual el sujeto se prepara para la vida adulta, ya que la niñez y la adolescencia son maneras de ser sujeto y tienen la misma valía que cualquier otra etapa de la vida. Siguiendo en esta misma línea, al ser reconocidos como sujetos de derecho, la niñez pasa a ser entendida como etapa de desarrollo efectivo y progresivo en lo concerniente a su autonomía, en lo social, en lo jurídico y también en lo personal (Cillero, 1997).

Los principios de la CDN (1989) son:

- No discriminación: Todos los derechos deben aplicarse a todos los niños, sin ninguna excepción.
- Interés Superior del Niño: Todas las disposiciones que se refieren al niño deben de estar basadas de acuerdo a la consideración primaria del interés superior del niño. Dando cuenta de que se cumplan totalmente sus derechos y garantías respetando su posición como sujeto de derecho, siendo escuchado y su palabra tomada en cuenta, además de su edad y su grado de madurez (autonomía progresiva).
- Derecho de supervivencia y desarrollo: Todo niño tiene derecho a la vida, por lo cual es deber del Estado garantizar la supervivencia y el buen desarrollo del niño.
- Derecho a ser escuchado y considerado: Implica que el niño pueda expresar su opinión y que sea tomada en cuenta seriamente de acuerdo a su edad y madurez (autonomía progresiva) en todas aquellas situaciones en las que las niñeces sean afectadas.
- Autonomía Progresiva: Cada niño tiene la capacidad de ejercer sus derechos conforme a su edad. Por lo que su autonomía personal va aumentando en relación al crecimiento del niño y al desarrollo de su madurez.

Asimismo se puede ver que la CDN (1989) se antepone al paradigma en donde los niños son objetos de protección desde una visión paternalista y violatoria de los derechos humanos (DDHH), siendo ésta la Doctrina de la Situación Irregular.

De acuerdo a Acosta Bentancor (2016) la Doctrina de la Situación Irregular se vió reflejada aquí en Uruguay en la consagración del Código del Niño de 1934, dando un nuevo transcurso en lo social y lo político, en la atención hacia las infancias y las adolescencias.

La Doctrina de la Situación Irregular, para Acosta Bentancor (2016) legaliza un marco jurídico asignado a la atención de infancias y adolescencias pobres, vulnerables, las cuales eran consideradas que se encontraban dentro de “situaciones irregulares”, enmarcando de ésta manera las vidas de estos niños y adolescentes como irregulares, ya que éstos se encontraban en situaciones de abandono moral y/o material asociados a la pobreza. Siguiendo la línea de pensamiento de García Méndez (1994) se puede ver que de acuerdo a esta Doctrina hay dos tipos de infancias, una en la que sus necesidades básicas se encuentran satisfechas y aquella en la que las necesidades básicas se encuentran parcial o totalmente insatisfechas. Ésta última, es la que considera a los niños y adolescentes como menores. Dando cuenta de una mirada excluyente y separatista, en donde unos sí entran en la concepción de infancia y adolescencia y otros en situaciones más vulnerables son “los otros” es decir, los menores, los que no se encuentran dentro de la concepción de infancia y adolescencia esperada. Por lo cual “... los menores, esa suerte de producto residual de la categoría infancia, toda ley basada en la doctrina de la situación irregular, posee la capacidad potencial (y real) de decidir concretamente cada uno de los movimientos de su vida cotidiana” (García Méndez, 1994, p.26).

Viéndose de esta manera que los menores eran objetos tutelares y no sujetos de derechos, y por ende de acuerdo a Acosta Bentancor (2016) son objeto de protección por su “riesgo social”, buscando controlarlos a través de los Tribunales de Menores, ya que son considerados una amenaza para la sociedad.

Con la consagración de la CDN (1989) se da paso a la Doctrina de la Protección Integral, repensando y viendo a las infancias y adolescencias como sujetos de derechos. La CDN (1989) ve a la familia de acuerdo a Cuadri (2015) como un entorno, un ámbito de protección fundamental hacia los niños, donde éstos sólo serán separados de ella en casos de situaciones graves, que atenten contra su propia seguridad. Además, el Estado deberá plantear, proponer y presentar políticas sociales dirigidas a la protección de los niños y por ende de sus familias. De acuerdo a lo mencionado, se puede ver que la CDN (1989) define una corresponsabilidad entre el Estado y las familias que lo conforman, determinando derechos que deben de ser respetados y tenidos en cuenta, ubicando a la familia como la sede de responsabilidad para que pueda implementarse.

Aquí en Uruguay se promulga la Ley 17.823 (2004) que es el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), como necesidad de conseguir adecuar la normativa interna a la CDN (1989).

En esta monografía se hace especial hincapié en las adolescencias, y de acuerdo a todo lo dicho, es necesario que sean vistas como sujetos de derechos, pudiendo escuchar su voz, respetar su opinión, pero, ¿qué sucede con aquellas adolescencias que no tienen voz?, ¿cómo transcurren y vivencian las adolescencias todas esas transformaciones, encontrándose en situación de vulnerabilidad?. De acuerdo a González et al. (2009):

Se confiere un poder desigual en nuestra cultura a los niños, niñas y adolescentes y a los adultos mayores quienes dentro del ámbito familiar se encuentran en condiciones de vulnerabilidad frente al poder que detentan los adultos y adultas. Este escenario promueve la persistencia de una cultura adulto céntrica que ubica en su gran mayoría a niños, niñas y adolescentes y a adultos mayores como colectivos carentes de poder y voz. En el caso de los niños, niñas y adolescentes es común observar el maltrato del que son víctimas cotidianamente tanto en forma física como psicológica donde muchas veces se justifican estas acciones como una forma de disciplinamiento o derecho de corrección de los padres. (p. 15).

Son muchas las adolescencias en las que sus derechos son vulnerados, en este trabajo se hace énfasis, en aquellas adolescencias que sufrieron abuso sexual y como a partir de ese hecho, esos adolescentes se suicidían y/o lo intentan.

2.1 Las Violencias.

No existe una única definición de violencia, ni tampoco un único tipo. Las violencias ocurren en diferentes ámbitos: público, privado, laboral, entre otros. Antes de comenzar a ahondar en lo concerniente a la violencia sexual, más específicamente en ASI, es pertinente mencionar primero de qué se entiende por Violencias.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1996, citado por OPS, 2003), la Violencia es:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones. (p. 5)

Asimismo para Guerrero - Martínez (2016) la violencia es un constructo psicológico que puede surgir por múltiples factores, debiéndose de tomar en cuenta ya que es un factor de riesgo de intento de suicidio. Esto es así, ya que la violencia de acuerdo a este enfoque es

algo que se construye y por ende se aprende. Generando un gran malestar en el sujeto que la padece, aumentando sus niveles de estrés, derivándose en muchos casos, en ideación suicida y hasta en IAE. Notándose como la violencia ejercida en el hogar del sujeto (violencia intrafamiliar) tiene un gran peso en relación a lo recientemente dicho.

En este sentido y pensando desde un enfoque de derechos, la violencia en todas sus expresiones es una violación a los Derechos Humanos, por lo que es un ejercicio estructural del poder, siendo además producto y acción de la sociedad patriarcal en las que nos encontramos inmersos.

Siguiendo en esta misma línea surge la pregunta: ¿qué se entiende por patriarcado? Según Mangini Colombo (2018) el patriarcado es un sistema que se funda en la desigualdad establecida en la relación entre varones y mujeres, adjudicando a los varones una posición superior en relación a las mujeres, imponiéndose ésta, a través de un mecanismo fundamental de este sistema: la violencia.

De acuerdo a Cobo Bedia et al. (2009) “Las sociedades patriarcales están articuladas de forma tal que su entramado institucional y todas sus estructuras sociales tienen como finalidad reproducir ese sistema social” (p. 43).

La masculinidad hegemónica es el modelo de masculinidad dominante en el sistema patriarcal, encontrándose inmerso no únicamente en el ámbito público, sino también en el ámbito privado, pudiéndose apreciar dentro del ámbito familiar (por ejemplo) como el hombre es el que tiene la posición dominante frente a su mujer e hijos.

Claramente que el patriarcado no es un sistema que se ajusta de la misma manera en todas las culturas, sociedades, religiones, ya que tiene una gran capacidad de adaptación y por ende de mutabilidad (Cobo Bedia et al., 2009).

¿Por qué hacer énfasis en la comprensión del sistema patriarcal? El lograr entender lo que es el sistema patriarcal, dar visibilidad a la posición desigual que ocupan en la sociedad las niñas, las adolescentes y las mujeres frente a los hombres, es necesario para comprender y hacer un mejor análisis de la violencia basada en género, temática que abordaré en el próximo capítulo.

La violencia hacia las adolescencias -al igual que el patriarcado- es un fenómeno universal, encontrándose en todas las clases sociales y niveles socioeducativos (Lozano et al., 2018).

Cuando el sujeto es víctima de situaciones de violencia, genera un impacto en su desarrollo siendo éste mayor si se da desde temprana edad y/o más aún si se mantiene en el transcurso del tiempo. Algo que es necesario destacar es que los NNA son víctimas muchas veces de más de un tipo de violencia (Baita y Moreno, 2015).

De acuerdo a los datos presentados por el SIPIAV en el 2022 se registraron, detectaron e intervinieron 7473 de situaciones de violencia hacia NNA, dando cuenta que por día de

acuerdo a los datos anteriormente explicitados se dan aproximadamente 20 situaciones de violencia (p. 70).

En lo referido a los tipos de violencias se pudo vislumbrar que de esas 7473 situaciones un 36% refieren al maltrato emocional, un 24% a negligencia, un 20% al abuso sexual, un 17% al maltrato físico y un 3% a la explotación sexual (SIPIAV, 2022, p. 70).

Respecto a quienes son los agresores, se pudo constatar que en su mayoría son los padres de las víctimas, viéndose que un 40% son los padres, y un 24% son las madres, además de distinguir que un 92% de los agresores son familiares directos o sujetos integrantes del núcleo de convivencia de las víctimas (p.70).

2.1.2 Violencia Basada en Género y Generaciones (VBGG)

De acuerdo a la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual (2019) se entiende que la Violencia Basada en Género (VBG) es una forma de Violencia que se ejerce conforme al sexo o al género del sujeto y se encuentra sostenida en las relaciones de género dominantes de una sociedad. Las mujeres son las principales víctimas de este tipo de Violencia acorde a su posición estructural de sometimiento, pero no son las únicas: hombres (todos aquellos que no cumplan con lo esperable en relación a lo heteronormativo), niños, niñas y adolescentes también son víctimas de esta expresión de género. La VBG se produce no sólo en el ámbito privado, sino también en el público.

Asimismo podemos entender a este tipo de Violencia de acuerdo a la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual (2019) de la siguiente manera:

La violencia por razones de género se centra en el patriarcado - un sistema que coloca al hombre sobre la mujer (y sobre otros hombres) e instila un sentido de derecho y privilegio en muchos hombres. Por otra parte, la violencia por razones de género también se basa en las presiones, miedos y emociones reprimidas que subyacen la “masculinidad hegemónica” o muchas de las formas de dominio masculino aceptadas en muchas culturas del mundo”. (p.19)

La Violencia Basada en Género y Generaciones (VBGG) se entiende de acuerdo a lo dicho por Tuana (2019) como un tipo de violencia que es de carácter estructural y entre quienes mayoritariamente la padecen son las mujeres y las infancias.

Asimismo resonando con lo dicho por Lozano (2017) la VBGG se apoya en relaciones en donde predomina la asimetría de poder y se encuentran respaldadas en la discriminación de género y generaciones, en el patriarcado, por ende, se basa también en la construcción por jerarquía de la masculinidad y feminidad, además de la heteronormatividad y del adultocentrismo como mirada central de las infancias, teniendo una idea preconcebida de

que las mujeres, los NNA, los grupos trans son inferiores a los hombres, dando pie a la discriminación, la desigualdad y la vulneración de los derechos.

De acuerdo a todo lo mencionado, creo pertinente hacer hincapié en la importancia del abordaje de las diferentes violencias desde una perspectiva de género y de generaciones, ya que desde este enfoque se puede comprender y vislumbrar las desigualdades que se encuentran implícitas en las relaciones entre los sujetos, dado que las desigualdades son creadoras de violencia. Este planteamiento también permite entender y ver a los NNA como sujetos de derecho y no como objetos de tutela.

En nuestro país la Ley N° 19.580: Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género (2018) busca garantizar en su Artículo 2 la erradicación de las violencias que se ejercen contra NNA y también hacia las mujeres, siendo el Estado responsable para que esta erradicación se pueda llevar a cabo.

En lo sucesivo a la Ley 19.580 (2018) en su Artículo 5 explicita que se debe respetar en las NNA su autonomía progresiva en relación a su edad y madurez, además de que en ellas se debe de hacer énfasis en su interés superior, el cual hace referencia en el respeto y reconocimiento de los derechos que les son propios como sujetos de derechos que son.

Conforme a todo lo dicho podemos ver que esta Ley garantiza y da lugar al abordaje desde la perspectiva de género y generaciones; pudiendo hacer visible la VBGG y haciendo al Estado responsable de que se pueda garantizar la erradicación de estas violencias en las mujeres y en los NNA, viendo a éstas últimos como sujetos de derecho.

En esta monografía, en lo concerniente a las VBGG se va a hacer especial énfasis en el Abuso Sexual Infantil (ASI) puesto que ésta es una de las expresiones de la Violencia Sexual, siendo este punto el que se va a profundizar a continuación.

2.1.3 Violencia Sexual - Abuso Sexual Infantil (ASI)

De acuerdo a Lozano (2017) la Violencia Sexual se puede dar en diferentes ámbitos y es un tipo de Violencia bastante amplia, debiéndose de considerar un problema de Salud Pública que condiciona el cumplimiento de los Derechos Humanos afectando la integridad física, psicológica y sexual del sujeto.

Se comprende como Violencia Sexual, tomando las palabras del Secretario General de la ONU (2006, citado en Contreras et al., 2016):

Según la OMS y las Naciones Unidas, la violencia sexual comprende una amplia gama de actos, incluidos el coito sexual intentado o forzado, contacto sexual no deseado, obligar a una mujer o a una niña o niño a participar en un acto sexual sin su consentimiento, comentarios sexuales no deseados, abuso sexual de menores,

mutilación genital, acoso sexual, iniciación sexual forzada, prostitución forzada, la trata con fines sexuales, entre otros (p. 11).

Conforme a lo expresado por González et al (2009) se entiende que la violencia sexual, es uno de los tipos de violencia más extremas en donde se hace visible la discriminación de género y generaciones.

Asimismo, de acuerdo a lo dicho por Lozano (2017) se da por sentado muchas veces que, al referirse a la violencia sexual se piensa inmediatamente en violación, pero ésta es sólo una de las formas en las que se manifiesta este tipo de violencia. La violencia sexual se puede dar con o sin contacto físico. También se puede dar sin penetración, como con penetración (con pene, otras partes corporales u objetos) (p.17).

Pero, ¿cómo puede entenderse la Violencia Sexual hacia NNA?, de acuerdo a la Ley N° 19.580 (2018) en su Artículo 6 podemos ver que:

También es violencia sexual la implicación de niñas, niños y adolescentes en actividades sexuales con un adulto o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de ventaja frente a aquellos, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o de confianza que lo une al niño o niña, por su ubicación de autoridad o poder. Son formas de violencia sexual, entre otras, el abuso sexual, la explotación sexual y la utilización en pornografía (p.26)

Asimismo, de acuerdo a la Ley 19.747 (2019) del CNA, que modifica el capítulo XI de la Ley 17.823 (2004), nos indica en su artículo 123, que se entiende como violencia sexual hacia NNA como cualquier abuso o explotación sexual en cualquiera de sus tipos, pudiendo ocurrir, en el ámbito familiar, comunitario o institucional

Para comenzar a interiorizarnos en la temática del ASI, debemos tener en cuenta que de acuerdo a Intebi (2008) existen diferentes definiciones de abuso sexual hacia NNA. Hay definiciones desde el marco de la protección infantil, definiciones desde la Justicia Penal y definiciones clínicas. Todas ellas tienen componentes en común, pero también diferencias, ya que se basan en distintos marcos de referencia.

Siguiendo a Echeverri, (2011) podemos ver que el abuso sexual es una manera más de ejercicio de abuso de poder de varones sobre mujeres que es sostenido en primer lugar por el patriarcado y también por los adultos (en donde se encuentran varones y mujeres, pero los primeros son los que mayormente lo hacen) sobre NNA, siendo necesaria una mirada desde la complejidad y desde la singularidad de cada situación.

A diferencia de lo que socialmente se piensa de que los abusos sexuales ocurren fuera del hogar, y además de que su perpetrador sea un completo desconocido, podemos ver de acuerdo a Segato, R. (2008) que los abusos sexuales se dan de forma frecuente en el hogar de la víctima.

Este tipo de abuso sexual es conocido como Abuso Sexual Intrafamiliar, definiéndolo de acuerdo a González et al (2009) como cualquier manera de sometimiento sexual que se dé dentro de vínculos familiares, de afectividad o de parentesco.

Acorde a lo mencionado, es necesario hacer alusión al consentimiento en el ASI. De acuerdo a Baita y Moreno (2015) el consentimiento no debe esperarse ni pensarse dentro de la situación de ASI, ya que el abusador se encuentra en una posición de autoridad, de dominación frente a la víctima y utiliza hacia ella diferentes niveles de coerción y por ende el NNA víctima no va a comprender la posición que ocupa, ni el propósito de lo que participa. Muchas veces se piensa que si la víctima no se queja o si no hace visible su situación de abuso en ese momento, estaría dando su consentimiento a lo que sucede, sumándose a esta suposición el ver a estas adolescentes como seductoras (Intebi, 2018). Rara vez se piensa que cuando un niño sufre un abuso sexual ha consentido la situación que padeció. En cambio en las adolescencias, es recurrente el hecho de que se diga que han consentido la situación de abuso, además de seducir a su abusador, dando pie al estigma que socialmente recae sobre ellos. Más adelante profundizaré más acerca de este mito.

Es necesario hacer visible que los NNA se encuentran en una posición desigual en relación a la de su abusador y no hay lugar al consentimiento.

En lo concerniente a las características del ASI, se manifiestan tres tipos de asimetrías.

Conforme a lo expuesto por Ochotorena y Arruabarrena (1996, citado por Baita y Moreno, 2015) éstas son:

- Una asimetría de *poder*: Esta puede derivar de la diferencia de edad, roles y/o fuerza física entre el ofensor y la víctima, así como de la mayor capacidad de manipulación psicológica que el primero tenga sobre la segunda. Esta asimetría de poder coloca siempre a la víctima en un alto estado de vulnerabilidad y dependencia. Cuando se trata de una relación cercana, como la de un padre y una hija, la dependencia ya no se establece solamente sobre la base de los diversos roles y jerarquías que cada uno ocupa en el sistema familiar, sino además sobre los pilares afectivos y emocionales en los que se constituye toda relación parento - filial. (...) (p.26)
- Una asimetría de *conocimientos*: Es de suponer que el ofensor sexual cuenta con mayores conocimientos que su víctima sobre la sexualidad y las implicaciones de un involucramiento sexual. Esta asimetría es mayor cuanto menor es el niño o niña víctima, ya que se supone que a medida que crece tiene mayor acceso a información y/o mayor comprensión de lo que es la sexualidad. (...) (p.27)
- Una asimetría de *gratificación*: En la gran mayoría de los casos el objetivo del ofensor sexual es la propia y exclusiva gratificación sexual; aún cuando intente generar excitación en la víctima, esto siempre se relaciona con el propio deseo y necesidad, nunca con los deseos y necesidades de la víctima.

Al haber esclarecido las asimetrías que conforman las situaciones de ASI, se manifiesta lo que en párrafos anteriores se hizo mención: en el ASI no se puede pensar ni dar lugar al consentimiento. Pero, ¿qué ocurre con la estigmatización de la que son parte las adolescencias víctimas de ASI?. Haciendo referencia a lo trabajado anteriormente, es muy común que socialmente se piense que las adolescentes que sufrieron abuso sexual sean vistas como aquellas que seducieron, o provocaron y de esta manera consintieron la relación sexual con su abusador. ¿Por qué hago especial hincapié en las adolescencias al hacer mención del estigma en estas situaciones? En las adolescencias hay un mayor conocimiento en lo concerniente a la sexualidad y a las relaciones sexuales que en las infancias, dando lugar a eximir de responsabilidad al abusador y cargando a la víctima con toda la culpa. Que en las adolescencias se tenga más conocimiento, no se debe confundir con que den su consentimiento.

De acuerdo a Sgroi (1982) la estigmatización genera secuelas emocionales en las víctimas, dando lugar a sentimientos de culpa y generando la creencia por parte de éstas de ser las responsables del abuso y/o además culpables de las consecuencias de la revelación de la situación de abuso sexual. Estas secuelas se ven reflejadas en el adolescente a través de conductas autodestructivas, como pueden ser consumo problemático de sustancias, IAE, involucrarse en situaciones de riesgo para el propio sujeto o también verse implicado en conductas desafiantes que lo conducen a un castigo.

Se entiende la cronicidad de acuerdo a lo enunciado por el SIPIAV (2022) como una etapa tardía en la que se interviene y además se revelan las situaciones de violencia. Estas situaciones son calificadas como crónicas, cuando se dan en un tiempo mayor a los 6 meses.

Es muy importante el lograr prevenir, detectar y reparar las situaciones de violencia desde la infancia, por ende se debe de brindar especial atención a la cronicidad en estos casos.

A mayor período de tiempo en que la víctima sufra las situaciones de abuso sexual, mayor será el impacto en su desarrollo, ya que muchos de los adolescentes que revelan las situaciones de abuso sexual, éstas comenzaron en sus infancias. Es menester aclarar, que las situaciones de ASI no se detectan únicamente por el relato, sino que además existen diferentes indicadores, que nos ayudan a detectar estas situaciones. Más adelante, haré mención de los diferentes indicadores del ASI en las adolescencias.

Según las cifras presentadas por el SIPIAV (2022) el 73% de los casos de abuso sexual, denotaron ser situaciones crónicas, del total de las denuncias recibidas por delitos hacia NNA, 2800 de ellas corresponden a violencia sexual. En la discriminación por sexos de los diferentes tipos de violencias considero que en donde se da una diferencia significativa es en las situaciones de violencia sexual, ya que en los otros tipos de violencias no hay mucha diferenciación en relación a los sexos de las víctimas. En los casos de abuso y explotación

sexual se ve que un 77% corresponde a niñas y/o adolescentes mujeres y un 23% a niños y/o adolescentes varones.

En lo concerniente a la franja etaria de las víctimas, se puede ver que en los casos de abuso sexual, las víctimas tienen usualmente entre 6 a 17 años, siendo el 83% de los registros. El 81% de las personas agresoras en los casos de abuso sexual, son familiares y/o son un miembro que se encuentra dentro del núcleo de convivencia de la víctima.

2.2.1 Los Indicadores del ASI en las adolescencias.

Un indicador es una señal, un signo que revela algo que se desconoce, indica algo que requiere atención. En el caso de los indicadores de ASI, de acuerdo a lo mencionado por Baita y Moreno (2015) éstos engloban los síntomas (que son mencionados por los pacientes) y los signos (mencionados y advertidos desde fuera).

Existen indicadores específicos e inespecíficos: Los indicadores inespecíficos son aquellos estados del comportamiento que se ven en los adolescentes pero que no permiten sacar por sí mismos y en forma aislada la ocurrencia de las situaciones de abuso.

Según García (2017), uno de los indicadores altamente específicos en los casos de ASI es el relato de la víctima para el diagnóstico de la situación. En la adolescencia, sucede que el sujeto habla de la situación de ASI cuando logra visibilizar la violencia sufrida o también cuando siente que se encuentra en peligro de abuso su hermana/o menor. Para que el adolescente pueda hacer mención de la situación de ASI, éste debe sentirse seguro, notándose que los lugares en donde el sujeto relata la situación de ASI son: su institución educativa (sea el liceo, la utu), en su centro de salud, en centros barriales, la iglesia, entre otros. Muchas veces sucede que al adolescente se le quita credibilidad, ocurriendo en varias ocasiones que en los relatos realizados por ellos, quien escucha le quita de alguna manera culpa y responsabilidad al agresor, no tomando como válido y certero el relato realizado por el adolescente, o muchas veces sucede, que la persona o profesional que recibe y escucha el relato no le presta la adecuada atención a la descripción y palabra de la víctima.

Por lo que, de acuerdo al ámbito en que el adolescente relata la situación de ASI, el profesional que escuche el testimonio, tiene el deber de intervenir de forma adecuada, desde una perspectiva de derechos, debiendo respetar al adolescente en su relato y no vulnerar su derecho a ser escuchado, brindando de esta manera las condiciones para que el adolescente pueda expresarse (García, 2017).

Existen indicadores físicos, psicológicos, algunos de ellos específicos y otros inespecíficos, a continuación profundizaré en ellos.

Indicadores físicos

Antes de empezar a hacer mención de manera detallada de estos indicadores, sean específicos o no, creo relevante hacer referencia de que en la mayoría de los abusos sexuales "... no se causa lesiones físicas permanentes y observables..." (Baita y Moreno, 2015, p. 81).

Los hallazgos físicos no son iguales en todas las víctimas, varían de acuerdo al nivel de traumatismo producido por el agresor hacia la víctima en la situación de abuso.

Tomando lo mencionado por Intebi (2019) los *indicadores físicos específicos* son:

- Embarazo
- Lesiones en zona genital y/o anal
- Sangrado por la vagina y/o ano
- Infecciones genitales y/o de transmisión sexual
- Cualquiera de los indicadores mencionados anteriormente en conjunto con hematomas encontrados en el cuerpo de la víctima, haciendo visible el maltrato físico en el que la víctima estaba expuesta.

En cambio los *indicadores físicos inespecíficos*, según Intebi (2019) son determinados trastornos orgánicos que no tienen una relación causal con el abuso sexual y que además pueden darse en los sujetos sin que exista una situación de abuso sexual.

Éstos son:

- Trastornos Psicosomáticos como pueden ser dolores abdominales periódicos, dolores de cabeza sin causa orgánica.
- Trastornos de la alimentación (como pueden ser la bulimia y la anorexia nerviosa)
- Enuresis (emisión involuntaria e inconsciente de orina) y Encopresis (incontinencia de materia fecal), siendo fenómenos regresivos que se dan en situaciones crónicas de abuso comenzando en la infancia y continuando en la adolescencia.

Indicadores Psicológicos y Conductuales.

Estos indicadores pueden ser detectados por cualquier sujeto que esté en contacto con los adolescentes, a diferencia de los físicos que deben de ser detectados por profesionales (médico de medicina general, ginecólogo, etc) (Intebi, 2018).

Los indicadores de esta índole que se presentan en su mayoría en la adolescencia son:

- Trastornos del sueño
- "Conductas violentas de riesgo para su integridad física.
- Retraimiento, sobreadaptación
- Fugas del hogar
- Consumo de drogas

- Delincuencia
- Automutilaciones y otras conductas agresivas
- Intentos de suicidio
- Trastornos disociativos
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia)". (Intebi, 2019, p.48)

Dentro de estos indicadores se encuentran las conductas hipersexualizadas: de acuerdo a Intebi (2018) estas conductas son unos de los indicadores más relacionados a las situaciones de abuso sexual ya que se advierten comportamientos sexuales adultos en los adolescentes y además se manifiestan una erotización precoz en ellos. Algunas de las conductas hipersexualizadas, pueden ser:

- La masturbación compulsiva: no pudiendo ser detenida, por ejemplo en presencia de una persona que pudiera censurar. También puede realizar gemidos semejantes a los de la relación sexual, además de movimientos copulatorios mientras se masturba, o introducirse objetos en su vagina o ano. La masturbación compulsiva puede generar lesiones en el adolescente ya que no se limita al frotamiento de sus partes íntimas como anteriormente se explicó.
- La aplicación de fuerza física o coerción psicológica para lograr la participación de otros niños o pares en juegos sexuales. También se puede tomar como conducta hipersexualizada el realizar juegos sexuales con personas mucho menores o que conformen otro momento evolutivo que el adolescente.

Todos los indicadores, hacen visible las consecuencias tanto físicas como psicológicas que genera la situación de abuso sexual en la víctima como suceso traumático (Intebi, 2019), siendo necesario por ende no tomar a los indicadores por separado, sino agruparlos para alcanzar a tener una visión multidimensional.

3.1 Suicidio e IAE en las adolescencias.

Al haber realizado las conceptualizaciones concernientes a lo relacionado a las violencias, haciendo foco en las violencias sexuales más específicamente en el ASI, se puede continuar con las conceptualizaciones acerca del suicidio y los IAE en las adolescencias y también de las conductas suicidas.

De acuerdo a Larrobla et al (2012) los suicidios ocupan el segundo puesto de las causas de muerte en las adolescencias y en las juventudes, siendo los accidentes de tránsito los que se encuentran en primer lugar. Por lo cual, las adolescencias son consideradas una población de riesgo.

Conforme a lo dicho por Moizo (2022), en 2020 la tasa de suicidios aumentó profundamente en las adolescencias, más específicamente en el grupo etario de los 15 a los 19 años,

debiéndose de considerar un problema de salud pública que atraviesa a todas las clases sociales.

Antes de comenzar a definir lo que se entiende por suicidio, es pertinente pensar acerca de la etimología de este término: Suicidio proviene del latín *suicidium*, en donde *sui* significa “de sí mismo” y *-cidum* - “cidio” o matador, definiéndose de acuerdo a esta etimología como la “acción o el efecto de suicidarse” (Real Academia Española, 2014, definición 1). Creo oportuno vincularlo con lo dicho por Améry (2005), dado que él, habla de que el suicidio de acuerdo a su etimología, se puede pensar como un autoasesinato, es decir, en otras palabras sería el homicidio hacia sí mismo, siendo lo interesante, ya que el homicidio se realiza a un otro, generando de esta manera la pregunta ¿qué sería lo que el sujeto quiere destruir de sí mismo?.

Haciendo eco a lo expresado por el Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011) se entiende por suicidio como:

... un fenómeno multicausal, que implica el acto de matarse a sí mismo. En él intervienen diversos factores que van desde lo político, económico y ambiental, hasta lo biológico, psicológico y sociocultural. Es así que el suicidio impacta enormemente en el plano individual, familiar y social, a través de varias generaciones. (p.4)

Pero, ¿cuál es la diferencia entre suicidio y los IAE? En lo que se diferencian es como concluyen cada uno. Siguiendo la línea de lo expresado por Le Breton (2003) la causa referida al sufrimiento del sujeto es la misma: En el suicidio se llega a consumir la muerte y en el IAE no. Este sufrimiento para el sujeto es intolerable, buscando acabar con él quitándose la vida, no dándose un deseo exclusivo de morir, sino de acabar con ese sufrimiento, que se hace carne en su cuerpo. Asimismo, tomando lo dicho por Larrobla et al (2012) para que exista en el sujeto la noción de muerte, éste debe de tener interiorizado la noción de lo irreversible, ya que de acuerdo a una perspectiva evolutiva, la noción de muerte se identifica primero en un otro y luego surge la idea de la propia muerte como algo posible, pero no todos los adolescentes tienen esa noción integrada.

El suicidio debe ser contemplado como el desenlace de un proceso en el cual dió muchas señales e indicios de atención, por lo que tomando lo expresado por Larrobla et al (2012) la conducta suicida debe de tomarse como un continuum, encontrándose dentro de ésta: las ideas suicidas del sujeto (siendo necesario resaltar que no todos los sujetos que tienen ideas de muerte llegan a un IAE o a un suicidio) y por otro lado se encuentra el pasaje al acto en sí (sea el IAE o el suicidio) (p.25), haciéndose visible la complejidad del fenómeno, ya que es imprescindible el lograr posicionarnos como profesionales de la psicología, desde un enfoque de prevención.

De acuerdo a la Guía de Prevención del Suicidio del (MSP, 2007, p.4) pueden distinguirse las siguientes conductas suicidas:

- **Ideación suicida:** Pensamiento de quitarse la vida sin intentarlo, puede ir de ideas frustras hasta planes vagos.
- **Intento de Autoeliminación:** (en adelante IAE) suicidio frustrado, ya sea con un plan previo para realizarlo o movido por una conducta impulsiva (...)
- **Conducta parasuicida:** conducta de riesgo que puede llevar a la muerte sin un deseo consciente.
- **Suicidio:** resultado fatal de la conducta suicida.

En función de lo expuesto, no deben de verse a las conductas suicidas como una enfermedad (MSP, 2007), buscando de esta manera ir más allá del modelo médico hegemónico (Ménendez, 1985) donde enfatiza en la búsqueda y el diagnóstico de un trastorno y en estos casos no siempre el sujeto que se suicida o que tiene conductas suicidas tiene un trastorno mental (MSP, 2007), ya que al percibir a las conductas suicidas como una enfermedad o un trastorno mental no se estaría abocando a un enfoque de prevención.

No hay una forma única de IAE o de suicidio, las conductas suicidas mencionadas anteriormente no deben de ser vinculadas de forma lineal, ni de manera consecutiva, siendo imprescindible que puedan verse y además dar cuenta del riesgo de cada una de ellas más allá de la intencionalidad existente en cada conducta suicida (Girard, 2017).

Los IAE son los principales predictores de suicidio (Guerrero - Martínez, 2016), debiéndose de tomar en cuenta que por cada suicidio consumado, en la mayoría de los casos hay varios IAE previos.

Continuando en la misma línea, de acuerdo a lo mencionado por Santos Pérez (2020) los IAE se llevan más acabo en las adolescentes de sexo femenino, siendo sus medios más empleados la ingesta de fármacos o de sustancias tóxicas (como pueden ser pesticidas), por lo cual, quienes usan mayoritariamente los medios más violentos son los adolescentes varones, (un ejemplo serían las armas de fuego) y debido a esos medios, que son más letales, es que éstos tienen más suicidios consumados. La diferencia en la utilización de los medios (según el sexo del sujeto) para realizar el IAE se ve en cualquier momento del ciclo vital, no únicamente en las adolescencias.

3.1.2 Mitos y realidades sobre el suicidio

Los mitos son juicios, criterios de valor que socioculturalmente son admitidos sin muchas veces cuestionarlos pero que no reflejan la veracidad científica (Pérez Barrero, 2005).

Estos mitos, son transmitidos de generación en generación, por lo que debido a esto y haciendo eco a lo mencionado anteriormente, muchas veces desde la cotidianidad se reciben y admiten sin ningún cuestionamiento.

En esta monografía, los mitos hacen referencia al suicidio y a los sujetos que lo intentan, siendo necesario abordarlos y mostrar cuál es la realidad que ocultan, ya que éstos mitos no ayudan a la prevención y encasillan al sujeto sin validar el sufrimiento que lleva consigo. Siguiendo a Pérez Barrero (2005) algunos de los mitos a destacar son:

- *El sujeto que quiere matarse no lo dice*: Esto es erróneo ya que conlleva a no prestar atención a las manifestaciones de los sujetos, ya que de cada 10 sujetos que se suicidan, 9 manifestaron sus intenciones.
- *El sujeto que lo dice no lo lleva a cabo*: Esto no es así ya que minimiza e invalida la puesta en palabras del sujeto de sus ideaciones suicidas, mostrándola como un alarde o manipulación, no siendo de esa manera, ya que todo sujeto que se suicida manifestó cambios de conducta o con sus palabras expresó lo que ocurriría.
- *Los sujetos que realizan un IAE no desean morir, sólo alardean*: Este criterio no es válido ya que genera una sensación de rechazo hacia aquellos sujetos que realizan un IAE, ya que en muchos casos los sujetos no desean morir, sino acabar con su sufrimiento y la única alternativa que encuentran es intentando acabar con su vida.
- *El sujeto que se recobra de una crisis suicida no vuelve a recaer*: No es cierto, ya que casi la mitad de los sujetos que pasaron por una crisis suicida o realizaron un IAE, luego de los tres meses, lo volvieron a llevar a cabo, y eso sucedió cuando todos creían que no volvería a pasar. Siendo necesaria la observación del sujeto, ya que en muchos casos la ideación suicida continúa existiendo.
- *Todo sujeto que se suicida tiene un trastorno mental*: Este criterio no es válido ya que no siempre sucede eso, no todos los sujetos que se suicidan ni aquellos que realizan un IAE tienen un trastorno mental. El sujeto que se suicida o realiza un IAE padece un gran sufrimiento, que no necesariamente siempre está vinculado a un trastorno mental.
- *Tanto el suicidio como los IAE no pueden prevenirse*: Esto no es así, ya que al lograr detectar algún cambio de conducta en el sujeto, como además advertir la manifestación de una emoción o de pensamientos suicidas ayudan a prevenir a que el sujeto realice el IAE o el suicidio.
- *Hablar de suicidio o de IAE con un sujeto con riesgo suicida estimula a que lo realice*: Nada más lejos de la realidad, ya que hacer mención del suicidio, de sus ideaciones suicidas o de su propio IAE, estimula al sujeto a que pueda poner en palabras lo que sucedió y/o su sentir, produciéndose una oportunidad para lograr ayudar al sujeto y por ende prevenir el suicidio o el IAE.

- *El sujeto que se suicida o realiza un IAE desea morir:* Esto es erróneo ya que éste sujeto se encuentra en una posición ambivalente: desea morir si su vida continúa de la misma forma y desea vivir si su vida puede continuar de otra manera, disminuyendo el sufrimiento que padece. El dialogar con el sujeto de su situación y su sentir es importante por lo cual da paso a la prevención.
- *El sujeto que realiza un IAE es cobarde o valiente:* Este criterio no es válido ya que se pretende igualar el IAE con un carácter positivo o negativo de la personalidad del sujeto. Ningún sujeto es más valiente por querer quitarse la vida, o más cobarde por querer vivir.
- *El sujeto que realiza un IAE o suicidio es de un nivel socioeconómico alto o bajo:* Esto no es así, ya que hace al suicidio o al IAE como un problema de un único nivel socioeconómico, cuando no es así. Atraviesa todas las clases sociales.
- *Para lograr hablar con un sujeto sobre esta temática hay que ser profesional:* el dialogar con un sujeto que piensa quitarse la vida o que ya intentó hacerlo desde el lugar de la empatía, sin juzgar, ayuda a la prevención.
- *Sólo las personas mayores se suicidan:* Esto es erróneo ya que con él se invisibilizan las otras poblaciones etarias que también buscan atentarse contra su vida o lo realizan finalmente, como son las adolescencias por ejemplo.
- *Los medios de comunicación no pueden ayudar a la prevención del suicidio:* Este criterio no es válido, ya que si los medios de comunicación emiten la noticia de una manera correcta, responsable, cumpliendo con las sugerencias que emiten los profesionales sobre el tema (por ejemplo mencionar números de teléfono, organizaciones a las que se puede acudir en caso de riesgo suicida), ayudan a la prevención. (pp. 387 - 392).

Es necesario el lograr desmitificar estos mitos y mostrar la realidad de esta temática que continúa siendo tabú en la sociedad, justamente para quitar el estigma que recae en los sujetos que cometen suicidio o IAE, además de apartarlos de la posición que ocupan en la sociedad: encasillados y muchas veces siendo su sufrimiento invalidado.

El hacer visible lo que realmente sucede, y así de esta manera quitar la veracidad de estos mitos ayuda a que se puedan tener más recursos de abordaje para esta temática, siendo necesario educar a los profesionales de la salud, a los de la educación, a los comunicadores y a los agentes comunitarios (MSP, 2007) para así brindar otra mirada y dar lugar cambiar no es muy académico a fomentar la prevención del suicidio.

Resonando con lo expuesto por la Organización Panamericana de la Salud (2016), la prevención del suicidio comienza pudiendo entender, comprender y visibilizar el problema, además de identificar los factores de riesgo y de protección que pueda tener el sujeto, para

que a partir de allí se puedan identificar las causas de su conducta suicida y de esa manera se pueda desarrollar la intervención pertinente para el sujeto.

La prevención del suicidio implica un gran abanico de acciones que van desde la educación en prevención hacia los NNA, el tener presente las tareas educativas que se llevan a cabo en la comunidad, el trabajo familiar, la observación ambiental de los factores de riesgo, incluso aún el tratamiento de los trastornos mentales, siendo de gran importancia el lograr reforzar en el sujeto, los factores de protección y reducir por ende los de riesgo (MSP, 2007).

Como se ha mencionado, el dialogar de suicidio con el sujeto, escucharlo sin juzgar, es una acción de prevención en sí misma, ya que permite aliviar en el sujeto la tensión psíquica que compone la ideación suicida en él, además de que al sentirse escuchado, sin que recaiga en él una mirada estigmatizante, podría entender que puede recibir ayuda, mostrándose así que el riesgo estaría en que el sujeto se guarde para sí mismo sus pensamientos e ideaciones suicidas (Larrobla et al., 2012).

4.1 ASI y Suicidio - IAE en las adolescencias.

De acuerdo a lo mencionado en el transcurso de esta monografía, se pudo ver que en las adolescencias se considera al IAE como un indicador psicológico y conductual en las situaciones de ASI. También se ha hecho referencia, que el suicidio es un fenómeno multicausal y por demás complejo como también lo son las situaciones de ASI.

Tanto el suicidio como el IAE se vinculan con las situaciones de ASI en las adolescencias, conduciendo (en algunas ocasiones) a los sujetos que las vivencian a la acumulación de circunstancias que se conforman en origen de un gran nivel de estrés, además de la vulnerabilidad que ubica en un mayor riesgo a las adolescencias (Grunbaum et al, 2012). La concepción de riesgo y de vulnerabilidad es distinta: la vulnerabilidad hace referencia a una predisposición, condición o situación que no debe de ser catalogada únicamente a lo físico, sino también puede incluir lo social, lo económico, lo político, lo educativo, lo cultural, lo ideológico y hasta lo ambiental de un sujeto o de una comunidad (Cardona, 2001). Para que exista vulnerabilidad debe de existir una amenaza.

En cambio el riesgo, se puede entender como el potencial de pérdidas que le puede suceder a un sujeto o a una comunidad, siendo consecuencia de la superposición de la vulnerabilidad y la amenaza (Cardona, 2001).

Por lo cual, usar la noción de riesgo proporciona una medida de atención a la salud como necesidad, además de brindar el conocimiento o la probabilidad del riesgo de que se

presenten problemas de salud, pudiendo así anticipar y preparar una atención hacia el sujeto que sea adecuada, abocando a la prevención (Jessor R., 1991).

Resonando con lo expuesto por Larrobla et al (2012) los factores de riesgo (FR) son situaciones que pueden ser contextuales o personales y que al estar presentes en el sujeto, generan un aumento en el desarrollo de problemas que pueden ser emocionales, conductuales o de salud. Estas variables, pueden afectar de manera negativa en el desarrollo del sujeto, además de que pueden indicar que éste, una comunidad o una población sea vulnerable al suicidio.

Se debe de tener presente que los riesgos, se encuentran copresentes de manera general, viéndose aumentados, de acuerdo al número de factores de riesgo que posea el sujeto, la comunidad o la población (Larrobla et al., 2012).

Tomando lo dicho por el MSP (2007), a estos FR no se los debe confundir con las señales de riesgo suicida, ya que los factores deben de considerarse como aquellas situaciones que favorecen a que se conlleve un acto suicida y en cambio las señales son aquellas expresiones verbales y/o no verbales por parte del sujeto que nos alertan de la posibilidad de un IAE o de conllevar el acto suicida.

Las conductas o los comportamientos suicidas resonando con lo expuesto por Casullo (2004) se relacionan con: los *factores concurrentes* que tienen que ver con la historia personal y social del sujeto contextuado, sus aspectos neurobiológicos y su estado en lo referido a su salud mental. También se relacionan con los *factores precipitantes* que hacen referencia a las experiencias vitales que son percibidas por el sujeto contextuado como muy estresantes, la falta de estrategias apropiadas de afrontamiento, además de la incapacidad para resolver problemas (p. 175).

En la siguiente tabla se presentan los factores de riesgo de conducta suicida en las adolescencias

Tabla 1.

FR de conducta suicida en las adolescencias:

<i>Individual</i>	<i>Sociocultural</i>	<i>Situacional</i>
Intento de suicidio previo	Estigma relacionado con la búsqueda de ayuda	Falta de trabajo y pérdidas económicas
Trastorno mental	Barreras para el acceso a cuidado de la salud en especial de la salud mental y tratamiento de abuso de sustancias.	Pérdidas relacionales, familiares o sociales.

Abuso de alcohol o drogas	Creencias culturales y/o religiosas (ej. que el suicidio es una solución noble ante un dilema personal)	Conflicto entre padres y/o familiares. Relaciones problemáticas entre padres e hijos
Desesperanza	Exposición a comportamientos suicidas a través de los medios de comunicación y/o por influencia de sujetos allegados que hayan muerto por suicidio.	Familias disfuncionales muy violentas.
Sentimiento de aislamiento		Fácil acceso a medios letales.
Falta de apoyo social		Grupos locales de suicidio que pueden influir de manera contagiosa.
Pocas habilidades para resolver problemas		Eventos estresantes en la vida.
Tendencias agresivas		Problemas legales/ disciplinarios. Dificultades en su institución educativa.
Impulsividad		Abandono escolar
Antecedentes de trauma, maltrato y/o abuso sexual		Redes sociales y medios de comunicación que inducen a conductas suicidas.
Angustia emocional aguda.		
Enfermedades crónicas, limitantes, en donde se incluye el dolor.		
VIH		
Antecedentes familiares de suicidio		
Factores neurobiológicos		
Trastornos en la identidad sexual (desarrollo personal).		

Nota. Tomado de *Prevención de la conducta suicida en adolescentes: Guía para los sectores Educación y Salud*, por C. Larrobla, A. Canetti, P. Hein, G. Novoa y M. Durán (2012), Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica, p. 42.

Teniendo presente cuales son los FR de conducta suicida en las adolescencias (Tabla 1), se debe de tener en cuenta que el riesgo puede considerarse muy alto cuando hay ausencia de elementos disuasivos, además de si el sujeto tiene a disposición medios letales y un plan específico para llevar a cabo el suicidio (OMS, 2006).

Haciendo foco en la temática elegida para esta monografía, se puede ver que el ASI se relaciona con el IAE y al suicidio en las adolescencias, vislumbrándose como un importante FR que puede conllevar a las conductas suicidas en esta población etaria.

En el transcurso de este trabajo se ha hecho mención de que si la situación de abuso sexual se da en edades tempranas y/o además estas situaciones se sostienen en el tiempo (pasando a ser crónicas), se advierte en las víctimas un gran impacto en su desarrollo, pudiendo dar cuenta de lo dicho por Arboleda et al (2011) de que las conductas suicidas como pueden ser el IAE o la ideación suicida son unas de las consecuencias a largo plazo del ASI.

Por lo cual, se puede visualizar que “Las víctimas de abuso sexual infantil tienen entre 2 y 3 veces más riesgo de presentar ideación suicida y entre 3 y 4 veces más riesgo de cometer algún intento de suicidio que las no víctimas” (Pérez - González y Pereda, 2015, p. 149).

Al conocer los FR de conducta suicida en adolescentes, es necesario también hacer referencia sobre los factores protectores (FP). Éstos ayudan a la prevención del suicidio, disminuyendo de esta manera el riesgo de los IAE y del suicidio consumado en las adolescencias; de modo que, el sistema de salud y la sociedad en la que el sujeto se encuentra inmerso debería favorecer el desarrollo y la promoción de los FP para que propicien el crecimiento y la maduración saludable del adolescente (Larrobla, et al. 2012).

Los FP de conducta suicida en las adolescencias son:

El buen apoyo:

- Familiar y/o de un adulto referente protector
- Social: siendo los grupos de pertenencia saludables, las amistades del adolescente, las instituciones educativas, deportivas o religiosas.

Condiciones personales: Como son las iniciativas positivas, creativas, las actitudes saludables, recreativas, educativas, la habilidad de resolución de problemas que tenga el adolescente y del manejo de la violencia en esas resoluciones. (Larrobla et al., 2012, p. 44)

Por lo que, de acuerdo a Larrobla et al. (2012) los FP deberían dar cuenta de que el/la adolescente se encuentre en un ámbito social adecuado, que en lo referido a lo familiar, se pueda ver que se le brindan oportunidades de progreso tanto en lo concerniente a lo educativo como en lo cultural, facilitando de esta manera la solución de los problemas de manera responsable, ofreciéndole posibilidades de autoafirmación positiva (p. 44).

Es necesario dar importancia además de fortalecer los FP, dando cuenta de las situaciones de vulnerabilidad y riesgo en las adolescencias, para estar atentos a los FR que presenten y

abocarnos a la prevención de las conductas suicidas en ellos/as. Pudiendo de esta manera, hacer luz y no dejando a un costado de que las situaciones de ASI son un FR importante en lo concerniente a las conductas suicidas en las adolescencias.

4.2 Los sucesos traumáticos intencionados y el trauma.

Las situaciones de ASI generan en sus víctimas consecuencias a corto y/o largo plazo. Sin embargo, antes de profundizar en ellas es necesario visibilizar y hacer hincapié en que estas situaciones son vivenciadas por éstas muchas veces como un suceso traumático.

De acuerdo a Echeburúa (2009) se entiende por suceso traumático a:

... un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión. (p.29)

Como he mencionado en el transcurso de esta monografía, a menor edad de la víctima de ASI y/o además si estas situaciones le son reiterativas en un período de tiempo, generan en ésta, un gran impacto en su desarrollo, pudiéndose comparar según Intebi (2019) a un balazo en el aparato psíquico de la víctima, reflejando a través de esta metáfora el temor, la confusión, y el dolor que siente la víctima, además de ver como la situación de ASI interfiere en el desarrollo de ésta, por eso su gran impacto.

Existen tres tipos de sucesos traumáticos conforme a lo dicho por Echeburúa (2009): están los denominados *naturales* que son los relacionados a desastres naturales como pueden ser los terremotos, luego están los *accidentales*, siendo algunos ejemplos los accidentes de tránsito, los incendios y por último están los *intencionados*, encontrándose aquí a las situaciones de ASI, dando cuenta cómo? de que en los sucesos traumáticos intencionados es cuando el trauma es más grave y perdura más en la víctima.

El trauma y los sucesos traumáticos no son lo mismo. El trauma es la respuesta psicológica que procede de un suceso traumático (Echeburúa, 2009), en otras palabras no hay trauma sin un suceso traumático.

Estos sucesos traumáticos llegan muchas veces a romper el sentimiento de seguridad de la víctima y hacia los demás sujetos que la rodean, relacionándolo a las situaciones de abuso sexual intrafamiliar, en dónde el o la adolescente víctima llegan a sentir sentimientos contradictorios en relación a su agresor en lo referido a la confianza, a la protección y al apego que siente en relación a éste y también hacia sus propios familiares, siendo necesario aclarar que no todos los sujetos manifiestan, ni vivencian de la misma manera el daño generado por la situación de ASI (Sarmiento, 2013).

Resonando con lo dicho por Echeburúa (2009) se puede ver que en el abuso sexual, la víctima vivencia esa situación un asalto mayormente hacia su integridad física y psicológica. Estas situaciones de ASI, en las víctimas deja marcas y secuelas que son imborrables “ (...) a modo de *cicatrices psicológicas*” (p. 117). Asimismo, esas marcas pueden generar una visión de túnel, en la cuál, para la víctima toda su realidad pasa, se centra y se reinterpreta en base al suceso traumático intencionado (en este caso el ASI), sucediendo de esta manera que todos los recuerdos y experiencias positivas, de felicidad son “olvidadas”, produciéndose en el adolescente víctima la negación de que en algún momento pueda volver a vivir experiencias de esa índole (Echeburúa, 2009).

En base a todo el sufrimiento vivido por la víctima, sumándole en muchos casos el escaso o el inexistente apoyo emocional brindado por sus familias o amigos, una de las consecuencias a corto plazo en las adolescencias víctimas de ASI son las conductas suicidas (Echeburúa, 2009), siendo necesario tener presente los diferentes indicadores que pueden presentar las víctimas en lo referido al ASI, como también dar cuenta de los diferentes FR de conducta suicida en las adolescencias para lograr prevenir las situaciones de ASI y los IAE y suicidios consumados en las adolescencias.

REFLEXIONES FINALES

A modo de cierre, es pertinente realizar algunas consideraciones y reflexiones que fueron surgiendo en el transcurso de la presente producción monográfica.

Como mencioné a lo largo de este trabajo, creo fundamental como futura profesional de la psicología, el abordar estas temáticas elegidas, desde la perspectiva de género y de generaciones, como también desde la perspectiva de derechos, ya que es necesario el lograr visualizar a las adolescencias como sujetos de derechos, además de distinguir las desigualdades aún existentes, que alimentan diferentes tipos de violencias, de las que son producto de la sociedad patriarcal en la que estamos inmersos. Asimismo, también es necesario vislumbrar a las adolescencias en plural, ya que da cuenta de hacer visible las diversidades y a su vez las singularidades de los sujetos que la conforman (Viñar, 2013). En relación a lo dicho en este trabajo, se pudo ver que tanto el suicidio como los IAE son temas considerados tabú, ¿cómo es posible que un adolescente piense, intente o logre terminar con su vida, cuando aún le queda mucho por vivir?. Este tipo de preguntas, ayudan a la invisibilización e invalidación del sufrimiento que siente el adolescente. Se debe de tener en especial consideración que la vivencia de determinadas situaciones como serían las violencias, genera en el adolescente un sufrimiento, además de un alto impacto en su

desarrollo y más aún pensando en las situaciones de ASI. Éste es considerado también un tema tabú (Imach, 2017), lográndose en este último tiempo hacer más mención acerca de estas situaciones (IAE, suicidio y ASI), para así hacerlas más visibles y de esta manera abocar a la prevención y detección temprana, ya que tanto el suicidio y los IAE, como las situaciones de ASI son consideradas problemas de salud pública (Lozano, 2017; Moizo, 2022).

En la etapa de la búsqueda bibliográfica para la presente monografía, encontré que había mucha bibliografía concerniente al suicidio y al IAE en las adolescencias, como también de las situaciones de ASI en las mismas. Hallé bibliografía de ambas temáticas por separado y muy poca en conjunto, resultándome llamativo y a su vez siendo pertinente para mí aclarar, que es necesario investigar más a nivel nacional, cómo las situaciones de ASI impactan en el o la adolescente víctima llegando en muchas ocasiones a que él mismo realice un IAE o que consuma el suicidio, ya que como se hizo referencia en este trabajo, en las víctimas adolescentes de ASI una de las consecuencias a corto plazo son las conductas suicidas (Echeburúa, 2009).

Por lo que, continuando con lo antedicho, es necesario hacer énfasis en la relación entre las situaciones de ASI y el IAE - suicidio en las adolescencias, ya que de acuerdo a lo mencionado en este trabajo, el IAE es un indicador psicológico y conductual de la situación de ASI (Intebi, 2019), y a su vez éstas son un FR de las conductas suicidas en las adolescencias (Larrobla et al., 2012). Ambas temáticas se encuentran vinculadas, siendo necesario aclarar, que no en todas las situaciones de ASI el/la adolescente va a tener comportamientos suicidas, como pueden ser el IAE o el suicidio. Cada situación es particular, pero es de gran importancia, que se pueda investigar a nivel nacional sobre ambas temáticas en conjunto en las adolescencias, para así tener más conocimiento y de esa manera lograr detectar y prevenir adecuadamente.

Siguiendo en la misma línea, el aumento de las cifras de suicidio (MSP) y de las situaciones de ASI (SIPIAV) en las adolescencias, muestran la importancia de hacer foco en la prevención y la promoción, siendo de gran relevancia, que el Estado genere políticas públicas, que brinden más herramientas y espacios para la formación de los profesionales que se desempeñan en los ámbitos en donde transcurre la vida cotidiana de las adolescencias (educativos, deportivos, de salud). De esta forma se podría contribuir a generar información pertinente sobre ambas problemáticas, de manera de ir avanzando en los cambios necesarios para desmitificar las creencias existentes en relación a la problemática.

Una de las funciones de la Universidad de la República (UdelaR) es la extensión, entendiéndose como una forma de relacionamiento entre la UdelaR y la comunidad (Bralich, 2006). La extensión universitaria, brinda líneas de investigación, de intervención y planes de

enseñanza, en donde a partir de éstos se da cuenta del compromiso de la UdelaR con la comunidad, buscando superar y solucionar problemáticas que son importantes a nivel social (UdelaR, 2010). La UdelaR incide en la producción de conocimientos de diversas temáticas basándose en la investigación, para lograr aportar al diseño de políticas públicas, además de formar profesionales activos en la comunidad, no haciendo del conocimiento académico algo que solo puedan acceder algunos, sino que pueda compartirse en el trabajo en comunidad, tejiendo redes y fomentando el trabajo interdisciplinario, siendo más enriquecedor y ayudando a la prevención y mejora de diferentes problemáticas, como puede ser las situaciones de ASI y el suicidio e IAE en las adolescencias. Por lo cual es necesario incluir aún más estas temáticas en la formación de la Licenciatura en Psicología, siendo indispensable el desarrollo de investigaciones en estas temáticas, más aún aquellas que puedan mostrar mayores evidencias del IAE como indicador de ASI.

La estigmatización como ya mencioné, ubica a la víctima como la responsable de la situación de ASI, dando lugar a la falsa creencia de que la adolescente (hago énfasis en el femenino ya que generalmente suelen ubicarlas como seductoras) provocó y consintió la situación de ASI, quitando la culpa al agresor y desplazándola de esta manera hacia a la víctima, produciendo un sufrimiento y varias secuelas emocionales (Sgroi, 1982), que sin el apoyo y el acompañamiento adecuado muchas veces derivan en conductas suicidas, de allí la importancia de la educación en prevención.

Siguiendo en la misma línea, como futura profesional de la Psicología, considero fundamental que en estas situaciones, al trabajar con las adolescencias, es necesario hacerlo siempre desde el enfoque de la prevención, debiendo brindarles una mirada y una escucha atenta que no juzgue, pudiendo tejer redes, trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales para fomentar sus FP, no posicionarnos desde el adultocentrismo y ver al adolescente como un sujeto de derechos, por ende un sujeto con voz.

En nuestro país existen varios planes de prevención de la conducta suicida, algunos de ellos son: el Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011), en donde a partir de su definición se creó la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio, encontrándose actualizada 2021- 2025 (Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, 2021). También están las Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas del MSP (2007), el Protocolo de prevención y atención en la adolescencia: Intento de Autoeliminación de Asse (2017), como también la Línea Vida 0800 0767 o sino desde el celular *0767.

En función del aumento de las cifras, es pertinente destacar que nos faltan aún más recursos de prevención, siendo necesario implementar políticas públicas integrales actualizadas, en las cuales se enfatice en el trabajo en red, en la interdisciplina y que se

aboquen a la prevención y detección temprana de las situaciones de ASI y además de los IAE y suicidios en las adolescencias.

Algunas de las acciones concretas de prevención que se podrían realizar con las adolescencias serían: talleres de Educación Sexual Integral (ESI). Estos talleres, podrían realizarse en los liceos, en las UTU, como también en los Espacios de Salud Adolescente de los diferentes Centros de Salud (públicos y privados).

Los talleres realizados en las instituciones educativas, estarían llevados a cabo por el o la profesor/a referente de educación sexual, psicólogo/a del Centro de Salud más cercano a la institución educativa y el psicólogo/a que conforme el Liceo o la UTU, desde un enfoque positivo de la ESI, siendo importante que sea en un espacio seguro para los estudiantes, en donde se trabajarían: qué entienden y qué es la sexualidad, la identificación del sexo y del género, abordar las relaciones interpersonales (mostrando la violencia en el noviazgo y los diferentes tipos de violencias y en la diversidad de ámbitos en que se encuentran), el potenciar la palabra como sujetos de derecho a rechazar contactos físicos no deseados, educar en la identificación de señales de riesgo, para alentar (entre otras cosas) a no guardar el secreto en las situaciones de ASI y fomentar la búsqueda de ayuda a adultos que el adolescente considere de su confianza, educación de los medios de protección para las enfermedades de transmisión sexual. Pudiéndose de este modo, trabajar con el equipo educativo del centro, para lograr detectar y así generar intervenciones pertinentes a cada situación.

Estos mismos talleres se pueden llevar a cabo también en el Espacio de Salud Adolescente de los diferentes Centros de Salud (públicos o privados) llevadas a cabo por un psicólogo/a del Centro de Salud, un ginecólogo/a y un enfermero/a, siendo necesario que sea un espacio seguro, en el sentido de que los adolescentes que formen parte del taller se puedan sentir cómodos, respetados, dando lugar al diálogo. En este taller, se abordan los mismos puntos que en los talleres de ESI en las instituciones educativas, pero agregándole, los derechos que tienen los adolescentes en salud como por ejemplo a entrar solos a las consultas con los profesionales de la salud.

En relación a la prevención de las conductas suicidas en las adolescencias, veo necesario los talleres de prevención de estas conductas en las instituciones educativas como pueden ser los liceos y las UTU. Los llevarían a cabo un psicólogo/a del Centro Educativo, un psicólogo del Centro de Salud más cercano y un educador/a social de la institución educativa, siendo en un espacio seguro para las adolescencias, abordándose los mitos en relación al suicidio, para así desmitificar y quitar el estigma de estas situaciones, también se debe abordar la detección de señales de alerta, cómo se debe de proceder ante una situación de riesgo, y la importancia de fomentar la comunicación con el otro en relación a la prevención de las conductas suicidas. Estos talleres también podrían brindarse en el

Espacio de Salud Adolescente de diferentes Centros de Salud (públicos y privados), llevadas a cabo por un psicólogo/a del Centro de Salud, un referente de la comunidad, un psiquiatra y un enfermero. ¿Por qué un referente de la comunidad? Un referente de la comunidad es un sujeto que conforma la comunidad, brinda apoyo, buscando la mejora de ésta, siendo de gran relevancia en la conformación de quienes brindan los talleres ya que se genera un red entre el centro de salud y la comunidad. Asimismo, en este taller se darían los mismos puntos que en los talleres de los centros educativos, pero se agregaría el mencionar que los adolescentes pueden entrar solos a las consultas con los profesionales de la salud. Tanto los talleres de ESI, como los de prevención de las conductas suicidas en las adolescencias que se realizarían tanto en las instituciones educativas, como también en el espacio de salud adolescente de los prestadores de salud (públicos y privados), son acciones de prevención concretas, tejiendo redes en la comunidad, pudiendo conformar equipos interdisciplinarios que puedan prevenir estas temáticas, desarrollándose en el primer nivel de atención. Para el segundo y tercer nivel de atención de salud, habrían afiches informativos de la prevención de las conductas suicidas en las adolescencias, mostrando los mitos existentes y educando en los criterios verdaderos, indicando además la Línea Vida. También habrían afiches informativos para adolescentes en relación a las diferentes tipos de violencias y en los ámbitos en que se encuentran, indicando además la Línea Azul (08005050) en donde se reciben de manera anónima denuncias de vulneración de derechos de NNA. Estos afiches informativos serían estrategias de prevención de salud.

Asimismo en relación a los dispositivos de trabajo que se encuentren enfocados en los profesionales de la salud y de la educación que trabajan con las adolescencias, se podrían pensar en talleres para profesionales de éstas áreas acerca de las temáticas en prevención en ASI y en suicidio en las adolescencias. Estos talleres son dados por profesionales especializados en estas temáticas, pudiendo ser psicólogos especializados en violencias hacia NNA, como también suicidólogos.

En los talleres de prevención de ASI en adolescencias, se trabajaría lo siguiente: que se define por violencia sexual, los diferentes tipos, haciendo énfasis en el ASI. Luego en las diferentes asimetrías de poder en la que la víctima se encuentra sujeta, trabajar la noción de consentimiento y dar cuenta de que en las situaciones de ASI no existe tal, además de los diferentes indicadores de ASI en las adolescencias. Mostrar los diferentes protocolos (tanto del ámbito educativo y de salud) para el abordaje de las situaciones de violencia en las adolescencias.

En los talleres de prevención del suicidio en las adolescencias, se trabajaría lo siguiente: la conceptualización de las conductas suicidas, los diferentes mitos del suicidio, los factores de riesgo de conducta suicida en las adolescencias, y los factores protectores de éstos. En

este taller, también se mostrarían los protocolos y las guías de prevención de conductas suicidas (tanto del ámbito educativo y de salud).

En ambos talleres, se debe abordar la importancia de la detección de estas situaciones y de su prevención. Es fundamental la escucha activa de los profesionales y el no juzgar a las adolescencias.

Se vislumbra en los y las profesionales que trabajan con situaciones de violencias en las adolescencias (como son los profesionales del ámbito educativo y el de salud), que éstas situaciones les generan impactos, como pueden ser de acuerdo a lo mencionado por Santana y Farkas (2007) el desgaste emocional y profesional, burnout y otros, siendo necesario que existan dispositivos de cuidado para estos profesionales que trabajan en estas situaciones.

Un posible dispositivo para los profesionales de la educación, podría disponerse de un encuentro semanal en el cual se encuentren: Un psicólogo que trabaje con los profesores, adscriptos, educador social y psicólogo de la institución educativa. En este encuentro, los profesionales de la institución educativa pueden hacer mención de sus angustias, frustraciones y emociones que le produzcan algunos casos de estudiantes de la institución educativa que se encuentren en situaciones de violencias.

Este dispositivo podría pensarse igualmente para los profesionales de la salud, en donde también habrían encuentros semanales con un psicólogo, en donde diferentes profesionales de la salud como pueden ser: psicólogos, psiquiatras, enfermeros y ginecólogos, puedan mencionar sus angustias, frustraciones y emociones que le generan determinados pacientes adolescentes que se encuentran en situaciones de violencias.

Que los profesionales puedan compartir, hablar y visibilizar en estos encuentros, cómo estas situaciones repercuten en ellos mismos, fortalece el vínculo con los demás profesionales de su trabajo, pudiéndose pensar estos encuentros, como un “soporte” para el profesional desde el punto de vista emocional, ya que implica un espacio seguro en el cual pueda expresar su sentir y el cómo le afecta el trabajar con adolescencias que se encuentran en situaciones de violencia.

Nuestro Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2020 - 2027 (MSP, 2020), tiene como una de sus acciones para mejorar la atención de las personas con riesgo de suicidio y la de sus familiares, el producir campañas y actividades de difusión con la Línea Vida, pudiéndose tomar como un ejemplo el afiche informativo que mencioné anteriormente como una estrategia de prevención de salud. Otras de las acciones que el PNSM (MSP, 2020) tiene como objetivo es, consolidar la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, fortaleciendo el abordaje intersectorial, junto con la Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio (Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, 2021) lográndose a través de: En primer lugar creando grupos departamentales de prevención de suicidio,

considerándose de vital importancia, ya que se deben descentralizar las acciones de prevención, pudiendo ser muy enriquecedor que los talleres antes mencionados sean utilizados como herramientas, para lograr prevenir estas situaciones en el departamento que formen parte.

También aquí en Montevideo, realizar grupos de promoción en salud mental y prevención de suicidio en todos los municipios, siendo conformados estos grupos por: ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado), prestadores de salud privados, el Consejo de Educación Secundaria, la Administración Nacional de Educación Pública y el Ministerio de Educación y Cultura, pudiéndose realizar también allí los talleres antes mencionados, tejiendo redes, fomentando la prevención de estas situaciones.

Sin dudas que trabajar estas temáticas que son complejas moviliza, siendo todo un desafío y más aún en las adolescencias, en las que los sujetos se encuentran en desarrollo y su identidad está en construcción, con un sufrimiento en ebullición del que es producto de su vivencia como víctima de ASI y que debido a la escasez y/o muchas veces la falta de fortalecimiento de sus FP deriva en conductas suicidas. Evidentemente queda mucho camino que recorrer ya que resonando con lo dicho por Le Breton (2003) la única manera de prevenir de forma sustancial las conductas de riesgo en las adolescencias es lograr establecer un mundo social propicio. Debiéndose de considerar como algo prioritario la salud mental, fomentando los factores protectores, el trabajo interdisciplinario, interinstitucional, teniendo profesionales de la salud formados en estas temáticas para que puedan detectar y abordar de manera adecuada estas situaciones, vislumbrando a las adolescencias como sujetos de derechos y con voz.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta Bentancor, M. L. (2016). De la doctrina de la situación irregular a la protección integral: una aproximación crítica a los cambios en la orientación de la atención pública a la infancia y la adolescencia en Uruguay. [Trabajo Final de Grado, Universidad de la República]. Colibrí.

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/19052/1/TTS_AcostaBentancorMariana.pdf

Améry, J., Boehmer, M. S., & Anglés, E. A. (2005). *Levantar la mano sobre uno mismo: discurso sobre la muerte voluntaria*. Pre-textos.

Amorín, D. (2010). Apuntes para una posible Psicología Evolutiva. *Montevideo: Psicolibros/Waslala*.

Arboleda, MRC, Cantón-Cortés, D., & Duarte, JC (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Psicología conductual*, 19 (1), 41.

https://www.researchgate.net/publication/233741008_Consecuencias_a_largo_plazo_del_abuso_sexual_infantil_Papel_de_la_naturaleza_y_continuidad_del_abuso_y_del_ambiente_familiar

Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen* (págs. 9-77). Madrid: Tauro.

ASSE (2017). Protocolo de Atención en la Adolescencia - Intento de Autoeliminación.

<https://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Intento-de-Autoeliminacion-en-Adolescentes-9678>

Baita, S., & Moreno, P. (2015). Abuso sexual infantil: Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia.

https://www.academia.edu/40056532/Abuso_sexual_infantil_cuestiones_relevantes_para_su_tratamiento_en_la_justicia_UNICEF

Bralich, J. (2006) *La extensión Universitaria en el Uruguay*. Universidad de la República. Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio. Montevideo: UdelaR

Cardona, O. D. (2001). La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Una crítica y una revisión necesaria para la gestión. In *International Work-Conference on vulnerability in Disaster Theory and practice* (pp. 29-30). Wageningen, Holanda: Disaster Studies of Wageningen University and Research Centre.

<https://www.desenredando.org/public/articulos/2001/repvuln/RepensarVulnerabilidadyRiesgo-1.0.0.pdf>

Casullo, M.. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de investigaciones*, 12, 173-182.

<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v12/v12a17.pdf>

Cillero M. (1997) Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios.
http://www.iin.oea.org/cursos_a_distancia/explotacion_sexual/lectura4.infancia.dd.pdf

Cobo Bedia, R., Cruz, C. D. L., Volio, R., Zambrano, A., Aparicio García, M., Leyra Fatou, B., & Ortega Serrano, R. (2009). Cuadernos de género: Políticas y acciones de género. Materiales de formación.
https://eprints.ucm.es/id/eprint/9638/1/estudios_e_informes_n%C2%BA_4.pdf

Comisión Nacional Honoraria de Prevención de Suicidio. (2021). *Estrategia nacional de prevención de suicidio: 2021-2025*. Ministerio de Salud Pública.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estrategia-nacional-prevencion-suicidio-2021-2025>

Contreras, J. M., Both, S., Guedes, A., & Dartnall, E. (2016). Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.
https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/980/violencia_sexual_la_y_caribe_.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Cuadri, C. A. (2015). Transformaciones en los modelos de protección a la infancia y su repercusión en el Uruguay. [Trabajo Final de Grado, Universidad de la República] Colibrí.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18697/1/TTS_CuadriCarlaAlejandra.pdf

del Niño, C. S. L. D. (1989). Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. *Entrada en vigor*, 2.

Echeburúa, E. (2009). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Pirámide.

Echeverri, M. (2011). Abuso sexual en niñas, niños y adolescentes. ¿Cómo presentar lo que se ubica dentro de lo impensable. *F. Condon, F. M. da Cunha, S. Dorado, M. Echeverri, A. Jiménez, A. Molas, ... A, Escobal. El Faro. Por una vida sin violencia. Conceptualizaciones sobre prácticas en el abordaje de violencia doméstica*, 54-64.
<https://ongelpaso.org.uy/wp-content/uploads/2020/10/libroELFARO.pdf>

Frías, S. M. (2020). Desdibujados en la pandemia: los niños/as y adolescentes en la pandemia del COVID-19. <https://ru.crim.unam.mx/handle/123456789/85>

García, M. (2017). Valor del testimonio de los niños. *Cuando los niños hablan... como escuchar, registrar y validar el testimonio de los niños que han sufrido violencia. Guía temática*, 4. <https://docs.bvsalud.org/oer/2018/09/3773/testimonio.pdf>

García Méndez, E. (1994). *Derecho de la infancia-adolescencia en América Latina: de la situación irregular a la protección integral*. UNICEF Colombia.

- Girard, G. (2017). El suicidio en la adolescencia y en la juventud. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(2), 22-31. <https://www.adolescere.es/el-suicidio-en-la-adolescencia-y-en-la-juventud/>
- González, D., & Tuana, A. (2009). El género, la edad y los escenarios de la violencia sexual. *Montevideo: Avina*. <https://ongelpaso.org.uy/wp-content/uploads/2020/10/andreaTuanayD.pdf>
- Grunbaum, S., Ramírez, J., Failache, F., Giordano, M., Díaz, M., & Reyes, N. (2012). Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta mundial de salud adolescente-GSHS 2012. *Montevideo: MSP, Junta Nacional de Drogas, MIDES*. [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/II Encuesta Mundial de Salud Adolescente 0.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/II%20Encuesta%20Mundial%20de%20Salud%20Adolescente%200.pdf)
- Guerrero-Martínez, L. F. (2016). Descripción del intento de suicidio como constructo de violencia en la población pediátrica femenina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 306-315. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2016000300306
- Imach, S. C. (2017). *Abusos sexuales y traumas en la infancia: notas de la clínica y la evaluación*. Paidós Argentina.
- Intebi, I. V. (2008). *Valoración de sospechas de abuso sexual infantil*. Dirección General de Políticas Sociales.
- Intebi, I. V. (2018). *Proteger, reparar, penalizar: evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Ediciones Granica SA.
- Intebi, I. V. (2019) *Abuso Sexual Infantil en las mejores familias*. Ediciones Granica SA.
- Jessor R. (1991). Risk behavior in adolescent: a psychosocial framework for understanding and action. *J Adolescent Health*
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G., & Durán, M. (2012). Prevención de la conducta suicida en adolescentes: Guía para los sectores Educación y Salud. *Colección Art. 2;*
- Le Breton, D., Le, M. U. D. V. D., Breton, A. L., Hintermeyer, P., Jeffrey, D., Michel, C., ... & Bove, L. (2003). *Adolescencia bajo riesgo*. Ediciones Trilce.
- Le Breton, D. (2014). *Una breve historia de la adolescencia*. Nueva Visión.
- Lora, M. E. (2014). Las adolescencias. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v12n2/v12n2a8.pdf>
- Lozano, F. (2017). Violencia sexual: recomendaciones para su abordaje desde los servicios de salud. <https://docs.bvsalud.org/oer/2018/09/3773/violencia-sexual.pdf>

Lozano, F., García, M., Sande, S., Perdomo, V., & Zunino, C. (2018). Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. *Montevideo: MS*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/protocolo-para-el-abordaje-de-situaciones-de-violencia-sexual-hacia>

Mangini Colombo, J., J. (2018). Recorriendo conceptos sobre violencia basada en género: psicoanálisis, filosofía, género, violencia, abuso y explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.

Menéndez L. E. (1985): El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*, 96: 593-604.

Moizo, R. (2022). La otra cara de la pandemia: suicidio adolescente.[Trabajo Final de Grado, Universidad de la República] Colibrí.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/32870/1/tfg_moizo_.pdf

MSP (2007). Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud Mental. <https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10652.70790>

MSP. (2007) Programa Nacional de Salud Adolescente. Grunbaum S, coordinador. Uruguay.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/programa-nacional-salud-adolescente-2007>

MSP (2011) Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011-2015 "Un compromiso con la vida". <http://www.msp.gub.uy/programa/prevenci%C3%B3n-de-suicidio>

MSP. (2020). Plan Nacional de Salud Mental (2020–2027). Montevideo: MSP.
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>

MSP (2021) Día Nacional de Prevención del suicidio.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Presentaci%C3%B3n%20de%20datos%20para%20D%C3%ADa%20Nac%20P%20Suicidio%202021.pdf>

Munist, M. M., Suárez Ojeda, E. N., Krauskopf, D., Silber, T. J., (2007). *Adolescencia y resiliencia*

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2016). Prevención de la Conducta Suicida.
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pérez Barrero, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Revista colombiana de psiquiatría vol. XXXIV N°3. Granma. 386-394.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000300005

Pérez-González, A. & Pereda, N. (2015). Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(4),49-158.<https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/17/96/ESP/17-96-ESP-149-58-449080.pdf>

Real Academia Española (2014). Suicidio. En Diccionario de lengua española (23ª ed). Recuperado de: <https://dle.rae.es/suicidio>

Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual (2019). Manual de Apoyo para la Realización de Talleres de Prevención de Violencia en el Noviazgo. <http://www.violenciadomestica.org.uy/pdf/Manual-de-Apoyo-para-la-Realizacion-de-Talleres-de-Prevencion-de-Violencia-en-el-Noviazgo.pdf>

Santana, A. I., & Farkas, C. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psykhé (Santiago)*, 16(1), 77-89. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282007000100007&script=sci_arttext&lng=en

Santos Pérez, V. (2020). Intentos de Autoeliminación en Adolescentes. “Aquello que se silencia en la infancia, suele manifestarse a gritos en la adolescencia”. [Trabajo Final de Grado, Universidad de la República] Colibrí. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26481/1/tfg_virginia_santos_uv.pdf

Sarmiento, I. V. (2013). El abuso sexual infantil: Perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16(30), 451-470. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6113899>

Segato, R. L. (2008). *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Prometeo Libros.

Sgroi, S. (1982). *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Simon and Schuster.

SIPIAV (2022). Informe de gestión SIPIAV 2022. <https://www.inau.gub.uy/novedades/noticias/item/3629-sipiav-en-cifras-se-presento-el-informe-de-gestion-2022>

Tuana, A. (2019). Violencia de género. Discursos patriarcales restauradores de la subordinación de las mujeres. *Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual, Miradas sobre violencia basada en género y generaciones*. Montevideo: RUCVDS. <https://www.n3xo.com/RUCVDS/Talleres/Violencia-de-genero-RUCVDS.pdf>

UdelaR, R. (2010). Hacia la reforma universitaria. La extensión en la renovación de la enseñanza: espacios de formación integral.
http://www.extension.fmed.edu.uy/sites/www.extension.fmed.edu.uy/files/LIBRO%2008_Hacia-la-reforma-universitaria_la-extensio%CC%81n-en-la-renovacio%CC%81n-de-la-ensen%CC%83anza.pdf

Unicef. (2006). Convención sobre los Derechos del Niño.
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Uruguay (2004, 14 de setiembre). Ley N° 17.823. Código de la Niñez y la Adolescencia.
<https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>

Uruguay (2018, 9 de enero). Ley N° 19580. Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

Uruguay (2019, 3 de junio). Ley N° 19747. Modificación del capítulo XI de la Ley 17823; Código de la Niñez y la Adolescencia. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19747-2019>

Viñar, M. N. (2013). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Noveduc.

World Health Organization. (1986). La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la "Salud para Todos en el Año 2000"[se reunió en Ginebra del 4 al 8 de junio de 1984].
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/36922>

World Health Organization. (2006). Prevención del suicidio: recurso para consejeros.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69472/9241594314_spa.pdf