



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Articulación Teórico - Clínica

Abordar Sexualidad con Adolescentes, usuarios del dispositivo de Salud Mental

“Hospital de Día” en el Pereira Rossell: *una articulación teórico - clínica*

sobre mi tránsito como Practicante de Psicología.

Paulina Signorelli Villamayor
C.I. 5.120.187-7

Tutora: Prof. Adj. Mag. Anabel Beniscelli

Revisora: Prof. Adj. Mag. María Julia Perea

Montevideo, Uruguay

Febrero, 2025

Índice

Resumen	1
Tabla de Abreviaturas	1
Introducción	2
Objetivos y Preguntas	3
1. Marco Histórico	3-8
1.1 Contextualización del Practicantado.....	3-4
1.2 Antecedentes de la Salud Mental.....	4-6
1.3 El dispositivo Hospital de Día como tal.....	6-8
2. Marco Teórico	8-10
3. Articulación Teórico - Clínica	10
3. 1 Presentación del Hospital de Día para Niños, Niñas y Adolescentes en Uruguay	10-12
3. 2 Ciclo de Talleres sobre Educación Sexual Integral con adolescentes del Hospital.....	12-15
3. 3 Líneas de Análisis para la Articulación	15-21
3.3.1 Sintomatología grave, TEA y su repercusión en la sexualidad adolescente.....	15-17
3.3.2 Abordaje y comunicación sobre sexualidad en familias de NNA con autismo.....	17-19
3.3.3 La adolescencia como etapa vital significativa y su relación con la sexualidad.....	20-21
Consideraciones finales	21
Referencias	24
Anexos	30

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado presenta una articulación teórica - clínica sobre el abordaje de la Sexualidad en Adolescentes usuarios del dispositivo de Salud Mental "Hospital de Día" del Centro Hospitalario Pereira Rossell, a partir de la experiencia como Practicante de Psicología en el Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud (2/2023 a 2/2024) coordinado por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en convenio con la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Se presenta una de las líneas de acción desarrolladas "Ciclo de talleres sobre educación sexual integral" para articular teórica - clínicamente a través de tres líneas de análisis. En las consideraciones finales se argumenta sobre la importancia de abordar la sexualidad con los adolescentes diagnosticados con trastornos mentales graves que asisten a un dispositivo de atención y contención diurna desde una perspectiva multidisciplinar e interinstitucional.

Palabras clave: Hospital de Día - Sexualidad – Adolescentes – Salud Mental - Autismo - TEA

Abstract

The present Final Degree Project presents a theoretical-clinical articulation on the approach to Sexuality in Teenagers users of the Mental Health service "Day Hospital" at the Pereira Rossell Hospital Center, based on the experience as a Psychology Intern in the Interns and Residents Program in Health Services (2/2023 to 2/2024) coordinated by the Faculty of Psychology at the University of the Republic, in partnership with the Administration of State Health Services. One of the action lines developed, "Cycle of workshops on comprehensive sexual education," is presented to theoretically-clinically articulate through three lines of analysis. In the final considerations, the importance of addressing sexuality with teenagers diagnosed with severe mental disorders attending a daytime care and containment service is argued from a multidisciplinary and inter-institutional perspective.

Keywords: Day Hospital - Sexuality - Teenagers - Autism - ASD (Autism Spectrum Disorder)

Tabla de Abreviaturas

ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado	CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales	ECSM	Equipos Comunitarios de Salud Mental
ESI	Educación Sexual Integral	HD	Hospital de Día
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay	NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud	OPS	Organización Panamericana de la Salud
PPRSS	Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud	SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TEA	Trastorno del Espectro Autista	WAS	Asociación Mundial para la Salud Sexual

Introducción

Este TFG, pretende abordar un análisis teórico clínico sobre la interacción entre Adolescencia, Sexualidad y Psicopatología grave. Abordará la experiencia con pacientes adolescentes que concurren al dispositivo de Salud Mental Hospital de Día, en el CHPR a través del análisis de autores clásicos y contemporáneos que abordan estas dimensiones.

Para lo anterior, como objetivos específicos se propone describir el Hospital de Día para NNA de nuestro país y su contexto socio histórico; identificar las líneas de acción desarrolladas como Practicante y explorar la relación entre las tres dimensiones mencionadas anteriormente. Asimismo, se pregunta sobre la relevancia en problematizar sobre estos temas, qué estudios anteriores existen, cómo se realizó la intervención y cuáles fueron los desafíos implicados.

La primera parte del TFG consiste en un marco histórico, presentado en tres secciones. Primeramente, hace alusión al PPRSS: definición, objetivos y funcionamiento. Segundo, aportes sobre Salud Mental y la Reforma Psiquiátrica a nivel mundial, tomando los aportes de Franco Basaglia (Italia), Manuel Desviat (España) y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para contextualizar el proceso de Reforma Psiquiátrica en Uruguay hasta la Ley N°19529 (2017). Tercero, se concentra en el dispositivo Hospital de Día, sus antecedentes y la problemática actual de atención en salud mental para NNA en nuestro país.

La segunda parte plantea un breve marco teórico donde se describen los términos *trastorno mental grave, trastorno del espectro autista, taller, educación sexual integral, derechos sexuales y consentimiento*.

En tercer lugar, se da paso a la articulación teórico - clínica presentando el dispositivo Hospital de Día lugar donde se desarrolló la experiencia, se explicita la línea de acción "Ciclo de talleres de Educación Sexual Integral con un grupo de Adolescentes" y se selecciona uno de sus talleres para la articulación a través de tres ejes de análisis: 1. Sintomatología grave, específicamente TEA y su repercusión en la sexualidad adolescente; 2. Abordaje y comunicación sobre sexualidad en familias de NNA con autismo; 3. Adolescencia en sí misma y su impacto en la sexualidad. Esto es analizado desde una perspectiva psicoanalítica por las herramientas que brinda esta corriente psicológica en el entendimiento de los procesos psíquicos adolescentes y cómo repercuten en la Sexualidad.

Finalmente, se destaca la importancia de trabajar sexualidad con adolescentes considerados pacientes graves como aporte a su calidad de vida y salud mental, los desafíos de la interdisciplina, el trabajo en equipo y los aportes que el tránsito como practicante en este dispositivo aportó a mi formación como profesional de la salud mental.

Planteamiento del problema.

Abordar la sexualidad en adolescentes portadores de trastornos mentales graves como aporte a mejorar la calidad de vida y salud mental.

Objetivos y Preguntas

Objetivo general:

- Analizar el abordaje de la Sexualidad en Adolescentes, usuarios del dispositivo de Salud Mental "Hospital de Día", ubicado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Objetivos específicos:

- Describir el primer Hospital de Día para Niños, Niñas y Adolescentes de nuestro país y su contexto sociohistórico.
- Identificar una de las líneas de trabajo desarrolladas como Practicante de Psicología en el Hospital de Día.
- Explorar la relación entre Adolescencia, Sexualidad y Psicopatología grave.

Preguntas:

1. ¿Por qué resulta relevante problematizar acerca de la sexualidad en adolescentes con trastornos mentales graves?
2. ¿Qué estudios abordan la sexualidad y la salud mental en adolescentes con trastornos mentales graves?
3. ¿Cómo se aborda la relación entre adolescencia, salud mental y sexualidad desde el Practicantado en el Hospital de Día?
4. ¿Cuáles desafíos implica abordar la sexualidad en adolescentes con trastornos mentales graves en el Hospital de Día del CHPR?

1. Marco Histórico

1.1 Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud

Este programa es una instancia formativa para psicólogos/as (en formación y egresados) a partir del convenio suscrito entre Facultad de Psicología (UdelaR) y ASSE firmado por las partes en el año 2009 y en ejecución desde el 2010 de forma ininterrumpida (ASSE y Facultad de Psicología, 2010). No obstante, es menester aclarar que hubo un amplio recorrido previo en materia de leyes, acuerdos y convenios que posibilitaron la creación de programas como el PPRSS. En 1998 Udelar y MSP establecieron un Convenio Marco Interinstitucional desde el cual promover convenios específicos. Entre 2003 y 2005 la Facultad de Psicología inició actividades docentes en centros de salud de Montevideo y el interior del país. En 2005 se firma un convenio que permitió la creación de pasantías curriculares para estudiantes avanzados de Psicología en unidades asistenciales de ASSE (ASSE y Universidad de la República, 2009, párr. 2 - 4). En el año 2007 que Uruguay se encaminó hacia una reforma en el sistema de salud, creando el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) reglamentado por la Ley N° 18.211, generando cambios en los modelos de financiamiento, gestión y atención (Rodríguez Buño, 2014 citado en Giménez, 2021). Los artículos 4 y 9 de la Ley, señalan aprovechar y promover el

desarrollo profesional continuo de los recursos humanos en salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica. (Ley N° 18.211, 2007). En el año 2010 se concreta el convenio que da lugar al PPRSS, cuyos objetivos principales son formar recursos humanos en salud, especialmente psicólogos, de calidad y actualizados para la sociedad uruguaya en línea con los principios del SNIS. Asimismo, generar conocimientos psicológicos en el campo de la salud que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población de nuestro país (ASSE y Universidad de la República, 2009, párr. 8). Este programa ofrece 36 plazas para practicantes (estudiantes avanzados) y 18 para residentes (egresados recientes). El practicantado tiene una duración de 12 meses, dedicación de 40 horas semanales: 25 en el servicio de salud y 15 para actividades académicas. La selección de practicantes se realiza anualmente a través de un llamado público que evalúa méritos y escolaridad, especialmente en las Unidades Curriculares Obligatorias que tienen relación con la salud, una nota de fundamentación de la postulación, experiencia laboral y una entrevista personal. Finalmente se elabora una lista de los aspirantes según la cantidad de plazas disponibles en cada Departamento. Las plazas “fijas”, que se mantienen en el paso del tiempo, están en Montevideo, Canelones, Cerro Largo, Colonia, Maldonado, Paysandú, Rio Negro, Rivera, Salto, San José y Soriano. La evaluación de los practicantes incluye seguimiento durante el año, informes de avance y evaluación final. Los servicios de ASSE definen las líneas de intervención, mientras los docentes del practicantado guían y acompañan a los estudiantes. Los psicólogos referentes de los servicios son los encargados de orientar y supervisar a los practicantes. Deben coordinar juntos los planes de trabajo según las prioridades del servicio, el nivel de atención que ofrece y teniendo en cuenta la formación, intereses y disponibilidad del practicante. Ni practicantes, ni residentes deben ser considerados como recursos humanos para cubrir los vacíos de los servicios de salud, sino como profesionales en formación (Giménez, 2021).

1.2. Antecedentes de la Salud Mental a nivel internacional y nacional

En la historia quienes padecían una patología mental se les describió como locos, seres fantásticos, paranormales; fueron perseguidos y condenados a encierros, exorcismos; sufrían discriminación, estigmatización y tratos deshumanizantes incluso privación de atención médica. Aquellos considerados agresivos, peligrosos, eran encerrados en jaulas con camas de hierro, atados con cadenas para inmovilizarlos y controlarlos (Vega Colmenar, 2019). Según Manuel Desviat, psiquiatra, investigador y docente español, hay antecedentes y acontecimientos previos a la Segunda Guerra Mundial que muestran la situación paupérrima de la atención a la Salud Mental a nivel mundial, aunque recién después de la guerra que se evidencia la desolación en que vivían los pacientes de los hospitales psiquiátricos y los efectos del padecimiento psíquico en la sociedad luego de sucesos tan traumáticos (Desviat, 2020). Consecuencia de la Segunda Guerra Mundial se crea la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y surge la Declaración de los Derechos Humanos en 1948. (Naciones Unidas, s/f). En 1953, la Organización Mundial

de la Salud (OMS) incorpora el concepto de Salud Mental, proponiendo un enfoque amplio para la atención, incluyendo prevención, desarrollo de servicios comunitarios y una revisión de la atención manicomial para atender el sufrimiento psíquico. (Desviat, 2020, p. 17).

En 1961, el médico psiquiatra italiano Franco Basaglia asume como director de un hospital psiquiátrico en Gorizia, Italia; junto con un grupo de psiquiatras convierte al hospital en una comunidad terapéutica que propone reincorporar el paciente a la sociedad. Basaglia promovió la Ley 180, que prohibía la internación de personas en contra de su voluntad y junto a su esposa, Franca Ongaro-Basaglia, fundaron la corriente Psiquiatría Democrática¹. A fines de la década del 70 gracias a este movimiento y a la Antipsiquiatría², se consiguió el cierre por ley de los hospitales psiquiátricos en Italia (Ley 180 en 1978). (Desviat, 2020, p. 26). Dicha ley, no solo logró el cierre gradual de estos hospitales, también prohibió nuevos ingresos y la construcción de instituciones de este tipo. Contribuyó a la apertura de centros de salud mental comunitarios y secciones de psiquiatría en hospitales generales, impulsando la voluntariedad de acceso a tratamientos, reconociendo sus derechos humanos. (Evaristo, 2011, p. 346).

En Europa y Estados Unidos los procesos de reforma ocurrieron en las décadas 60, 70 y 80, mientras que en América Latina y el Caribe recién con la vuelta a la democracia y la inclusión de la perspectiva de derechos se generó conciencia respecto a la reforma psiquiátrica. Los procesos son diferentes debido a marcos normativos, a los niveles de movilización y participación de usuarios y familiares, trabajadores y organizaciones de defensa de derechos humanos, y de los recursos económicos disponibles (De León y Techera, 2017, p. 56). Según Apud y Techera (2013) el modelo de atención manicomial comenzó con las primeras internaciones en 1778 en el Hospital de Caridad de Montevideo y el primer Asilo de Dementes en la quinta de Don Miguel de Vilardebó en 1860. Sitúan el punto inaugural con la apertura del Manicomio Nacional en 1880, más tarde conocido como Hospital Vilardebó. Paulatinamente la población internada aumentó y en 1912 se fundó la Colonia Etchepare, a 79 kilómetros de Montevideo. Tanto el Vilardebó como las Colonias, funcionaron como centros de "contención" para las clases sociales más vulnerables. En lo jurídico, regía la Ley N° 9581 "Asistencia a psicópatas" desde el año 1936 para organizar la asistencia psiquiátrica, hasta la aparición del informe Chanoit de 1968 que inspiró la idea de un Plan de Salud Mental en 1972. Sin embargo, la dictadura cívico-militar (1973-1985) paralizó el proceso. Recién tras la reapertura democrática, se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental en 1986, que incluyó Atención Primaria en Salud, equipos de Salud Mental en hospitales generales y centros de rehabilitación (p. 18-19). A pesar de los avances del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) de 1986, el cambio de modelo de atención no se logró debido a la falta de recursos y voluntad política. Los

¹ Movimiento que luchó por la abolición de la institucionalización psiquiátrica. Sus objetivos fueron la externación del paciente y el cierre de los manicomios (Basaglia, 1979/2008).

² Movimiento de negación y transformación que tiende a poner en discusión los esquemas y parámetros que se consideran como valores absolutos, no siendo una técnica, ni una nueva metodología a incluir dentro del campo psiquiátrico (Basaglia, 1991).

años posteriores se caracterizaron por gobiernos neoliberales y los recursos destinados a la salud, incluida la Salud Mental, fueron limitados. En la mitad de los 90, se cerró el Hospital Psiquiátrico Musto y se crearon algunos Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM), donde se intensifican procesos de desinstitutionalización de personas con padecimientos psiquiátricos, pero sin suficiente atención intermedia. La crisis financiera de 2002 agravó la situación, aumentando la exclusión y falta de atención de personas con patologías psiquiátricas y agravó las carencias en prevención y promoción. En 2005, el nuevo gobierno impulsó una reforma en las políticas públicas de salud y de salud mental, creando la Comisión Asesora Técnica Permanente³ para brindar lineamientos dirigidos tanto a prestaciones específicas, como hacia aspectos culturales, legislativos y de DDHH. En 2007 se creó el SNIS. En 2008, Uruguay incorporó a su ordenamiento jurídico la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU) en la Ley N°18.418; promoviendo la dignidad de personas con discapacidad (Apud y Techera, 2013, p. 22). Dentro del SNIS el Decreto N° 305/011 (2011) dio origen al “Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental”. Este proponía reducir la brecha entre las necesidades terapéuticas de la población y los servicios disponibles, estableciendo el funcionamiento global del sistema sanitario, los derechos y obligaciones de usuarios, la conformación de equipos y contratación de personal, prestaciones y financiamiento, pero no constituyó una reforma en la matriz de bienestar de la salud mental en Uruguay, sino una reorientación de las prácticas sanitarias, quedando el sistema de atención intacto ya que el plan solo introdujo cuidados básicos en salud mental, delegando acciones en el primer nivel de atención e incorporando otras profesiones (Fernández, 2017). La Ley de Salud Mental (Ley 19.529 - 2017), establece en el Artículo 1:

La presente Ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social (párr. 1).

1.3. El dispositivo Hospital de Día como tal y sus antecedentes

La Ordenanza 1488/19, Artículo 26, sobre Modalidades de Hospitalización señala que: “Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria” (Ley N°19529, 2017).

El Hospital de Día al ser un dispositivo de complejidad intermedia y hospitalización diurna, es uno de los componentes que contribuiría a consolidar un modelo de atención con

³ La Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) es un grupo asesor del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del MSP en Uruguay.

énfasis en la resolución oportuna, integral, ambulatoria y comunitaria de los problemas de salud mental (Barreto et al., 2019). En Jaunarena et al., (2023), se hace mención a que los Hospitales de Día representan una reconocida modalidad de instalación hospitalaria a nivel internacional, validada para el tratamiento de patologías mentales graves y que la inclusión de este dispositivo aporta un valor significativo a la capacidad de tratamientos especializados (p. 86-87).

En cuanto a la población objetivo que podría beneficiarse, según la “Guía de Gestión de Hospital de Día Psiquiátrico” citada en Barreto et al., (2019), se plantean “pacientes con sintomatología activa; capaces de entender y colaborar en su tratamiento; sin conductas gravemente disruptivas o hetero agresivas y sin riesgo de suicidio que requiera ingreso a hospitalización a tiempo completo” (p.7-8). Respecto al perfil psicopatológico, según la Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil (Hospital de Día) de Algeciras, citada en Barreto et al., (2019):

Numerosas investigaciones han demostrado la eficacia de este tipo de intervenciones en el tratamiento de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes; por ejemplo, en los trastornos de conducta, en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por consumo de sustancias y los trastornos generalizados del desarrollo (p. 81).

Según Stagnaro (2012), el primer Hospital de Día fue establecido en Moscú, Rusia, en 1933, buscando desarrollar un sistema de atención extrahospitalario. El médico Dzhagarov, jefe del primer hospital psiquiátrico de Moscú, propuso tratar a los pacientes psicóticos con "hospitalización semipermanente", lo que implicaba que concurra un tiempo acotado al hospital y regrese a su hogar. Entre los motivos para esta modalidad terapéutica, la sobrepoblación de pacientes en el hospital fue crucial. Luego de la Segunda Guerra, el mundo en occidente inaugura esta modalidad de hospitalización con los psiquiatras Donald Cameron en Montreal, Canadá y Joshua Bierer en Londres, Inglaterra. A partir de los 60', algunos países industrializados, apelaron a la creación de establecimientos intermedios, alternativos a la hospitalización completa y los hospitales diurnos se volvieron importantes (Bahamondes, 1998; Olivos, 1985, citados en Naranjo Vila, 2001). En 1957, Connell creó el primer Hospital de Día para niños en Newcastle, Inglaterra. En América Latina, los primeros centros diurnos surgen en Porto Alegre, Brasil, en 1962 y en La Habana, Cuba, en 1965. En Argentina, García Badaracco inauguró en 1967 el primer Hospital de Día para adultos, Hospital “J. T. Borda” en la ciudad de Buenos Aires (Stagnaro, 2012). En Uruguay, según el Informe de cooperación técnica elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF Uruguay la situación de la atención en Salud Mental para NNA se puede clasificar en dos grupos: “Dispositivos abiertos”, son aquellos que intervienen desde la promoción, prevención, captación temprana e inserción en la comunidad y por otro lado, los “Dispositivos cerrados” que abordan situaciones agudas de 24 horas (p. 39). En los abiertos

encontramos equipos interdisciplinarios de habilitación y rehabilitación, salas de emergencia, el Hospital de Día, Centro Diurno de INAU y dispositivos móviles (OPS/OMS y Unicef, 2024).

Si bien en Uruguay existen hospitales de día en Psiquiatría para adultos y otras especialidades médicas hace bastante tiempo, no había uno específico para la atención de NNA. La Ley de Salud Mental menciona en varios de sus componentes a los NNA, presenta carencias en cuanto a derechos específicos para esta población, enfocándose más en la población adulta y priorizando la atención a los trastornos mentales severos (OPS/OMS y Unicef, 2024, p. 30).

Pese al incremento de las consultas y hospitalizaciones de NNA por motivos relacionados con la Salud Mental, se contaba con una oferta de servicios limitada y poco específica para las necesidades de esta población (Garrido, 2021, p. 2). En el CHPR, la hospitalización de NNA por problemas psiquiátricos o por el impacto de situaciones de violencia en su salud mental ha aumentado, superando las 1200 hospitalizaciones en 2019 en salas de cuidados moderados de Pediatría, con intervención de Psiquiatría. Se ha observado un crecimiento de consultas por conductas autoagresivas de NNA. Según Gabriela Garrido (Grado 5 de la Cátedra de Psiquiatría Pediátrica por la Facultad de Medicina), 1 de cada 4 jóvenes padece depresión y 1 de cada 5 presenta síntomas de ansiedad a nivel global. En Uruguay, entre 2019 y 2020, las consultas por violencia hacia la infancia aumentaron notablemente, destacándose el suicidio como un alto riesgo (GUB, 2021).

2. Marco Teórico

Para toda articulación teórica - clínica es necesario un marco teórico desde el cual se pensar la práctica pre - profesional y el taller realizado. Se comenzará por presentar algunas definiciones como aporte a la comprensión de los problemas de salud mental que se abordarán:

Trastorno Mental Grave.

Esta denominación hace referencia a un grupo heterogéneo de patologías que pueden presentarse en la infancia y adolescencia. Estos trastornos se caracterizan por su gravedad clínica, tratamiento complejo y suelen ir acompañados de otras alteraciones comórbidas o factores de riesgo social. Entre ellos se incluyen los trastornos del desarrollo (autismo y discapacidad intelectual), trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, de conducta y de personalidad (Psicoevidencias, 2023, p. 2). La detección e intervención precoz en la infancia es fundamental para no comprometer o estancar el desarrollo, relacionamiento y adaptación del NNA respecto a su dinámica familiar, social y académica. Asimismo, la eficacia terapéutica, calidad de vida y pronóstico (Cardelle Pérez, 2021, citado en Jaunarena, 2023). A diferencia del adulto, los trastornos mentales graves que comienzan en la niñez y/o adolescencia ofrecen la posibilidad de aplicar tratamientos tempranos, lo que ayuda a prevenir la cronificación. Además, es importante trabajar en conjunto con el paciente y su familia, proporcionándoles apoyo y herramientas. El tratamiento también debería incluir una

colaboración estrecha con los otros profesionales que atienden al niño: la escuela, el pediatra o el médico de familia (Bardón, 2012).

Trastorno del Espectro Autista.

El DSM V (2013) lo caracteriza como un trastorno de origen biológico que se manifiesta con síntomas en las esferas cognitiva, comunicativa, emocional, social y lingüística. Se observa un deterioro en la comunicación y en las interacciones sociales, acompañado de intereses restringidos, lo que genera dificultades significativas para la comunicación y el establecimiento de relaciones interpersonales. Además, señala que las deficiencias en la reciprocidad emocional van desde una aproximación social inadecuada, hasta la incapacidad de mantener una conversación o de iniciar y responder a interacciones sociales. En cuanto a las conductas comunicativas no verbales, las alteraciones varían desde una comunicación poco integrada, pasando por problemas con el contacto visual y el lenguaje corporal, hasta la total ausencia de expresión facial y comunicación no verbal. Asimismo, establece una clasificación de niveles de gravedad del TEA:

- Grado 1 “*Necesita ayuda*”, conocido como autismo “leve”. Personas con habilidades para la comunicación verbal y motivadas por interactuar con otros, pero que sus intentos de acercamiento pueden resultar peculiares a los demás.
- Grado 2 “*Necesita ayuda moderada*”, conocido como autismo “moderado”. Las personas en el grado 2 habitualmente solo lo hacen cuando el tema es de su interés. Usan frases muy sencillas y la expresión extraverbal resulta muy llamativa.
- Grado 3 “*Necesita ayuda notable*”, conocido como autismo “grave”. Las personas en el grado más profundo del espectro tienen la comunicación verbal limitada a pocas o nulas palabras y su respuesta a la iniciativa de los demás para interactuar es escasa en la mayoría de los casos. (p. 31-32).

Taller.

García (2001) en su libro “*El grupo: métodos y técnicas participativas*”, define taller como tiempo y espacio para la vivencia, reflexión y conceptualización. En él se implementan técnicas disparadoras para “romper el hielo” y movilizar estructuras cognitivas en relación al tema que se quiera tratar. El taller puede desarrollarse progresivamente desde un escaso compromiso intelectual-afectivo hasta un momento de alto grado de compromiso. Eso depende del tipo de grupo, del grado de confianza y de los integrantes que lo forman (p. 21).

Educación Sexual Integral

La Ley 18.437 General de Educación (2009) de nuestro país, reconoce a la Educación Sexual dentro de la Educación en Derechos y en Salud (Ley N°18437, 2009). El recorrido histórico de la sexualidad y la ESI es de temprano inicio a nivel regional y mundial, pero no ha sido lineal. Este terreno siempre fue un campo sensible y complejo para incorporar tanto en la sociedad como en la educación, a pesar de que políticas públicas, programas, planes y estrategias existan desde el siglo pasado (UNFPA - Facultad de

Psicología Udelar, 2024). Por Educación Sexual Integral se refiere a la consideración de todas las dimensiones que conforman lo humano: biológica, psicológica, social, cultural y otras, destacando los derechos sexuales. En nuestro país, los derechos sexuales y reproductivos están reconocidos por el Estado en la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva desde el año 2008. En la misma, se explicita que estos derechos deben ser protegidos y garantizados, incluyendo el desarrollo de estrategias en educación sexual y la formación de docentes (Ley N°18426, 2008). Según la Asociación Mundial de Salud Sexual (WAS) son derechos humanos fundamentales y universales. Será tomada en cuenta para el taller la última revisión (Singapur, 2015). Los mismos se pueden ver desplegados en el Anexo.

Consentimiento sexual.

Respecto al consentimiento, se utilizó la siguiente definición planteada por Fundación Huésped (2020): “es la manera de establecer que las personas involucradas estén de acuerdo con prácticas que involucren un relacionamiento sexoafectivo, de manera consciente, respetuosa y saludable. Da lugar a la exploración del placer y los deseos comunes” (p. 51). Este concepto es fundamental ya que tener claro lo que significa puede ayudar a prevenir la violencia sexual (Aministía Internacional, 2021).

3. Articulación Teórico - Clínica de la Experiencia

3.1 Presentación del Hospital de Día para Niños, Niñas y Adolescentes en Uruguay

En el año 2021 se inaugura el Hospital de Día (HD) en el CHPR que oficia como Hospital Pediátrico de Referencia Nacional. En el marco del Plan Nacional de Salud Mental⁴, se instala como dispositivo de complejidad intermedia tal como se encuentra previsto en la Ley 19.529 de Salud Mental y en la Ordenanza 1488 que la reglamenta (Garrido, 2021, p. 4). Se encuentra ubicado en el área del Servicio de Psiquiatría Pediátrica, coordinado por la Dra. Gabriela Garrido en relación con la Policlínica de Psiquiatría Pediátrica y la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina (Jaunarena et al., 2023). Dado que Uruguay no contaba con un dispositivo de tales características, su ubicación en el CHPR fue considerada teniendo en cuenta la referencia del centro no sólo para sus usuarios y sus familias o red de apoyo⁵, sino para toda la Red de Atención de ASSE ya que cuenta con gran accesibilidad a servicios y recursos (Garrido, 2021, p. 8).

El CHPR pertenece a la Red Asistencial de ASSE ubicada en Montevideo, Región Sur. La Dirección Técnica está a cargo de la Dirección de Salud Mental de ASSE⁶. Pertenece a la Unidad de Salud Mental de Hospitales Generales en Montevideo. Está

⁴ Plan Nacional de Salud Mental 2020- 2027.

⁵ Por red de apoyo, refiere a casos de NNA institucionalizados por INAU o centros de medio camino.

⁶ La Dirección de Salud Mental de ASSE, gestiona en el territorio nacional todas las acciones de promoción y cuidado de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, constituyéndose de esa forma en un Modelo de Atención Integral.

conformado por el Hospital Pediátrico y el Hospital de la Mujer desarrollando actividad docente-formativa y de investigación. El Pereira Rossell es uno de los principales centros hospitalarios de Uruguay y pertenece al tercer nivel de atención en salud. (Centro Hospitalario Pereira Rossell, s.f.). Según Vignolo et al., (2011) en el tercer nivel se concentra la atención a patologías complejas que requieren de procedimientos especializados y alta tecnología.

Garrido (2021), define al HD como un dispositivo de atención en salud mental interdisciplinario, ambulatorio y alternativo a la hospitalización 24 horas. Tiene como objetivo general ofrecer un abordaje terapéutico y de recuperación a NNA con trastornos mentales graves a través de intervenciones intensivas, individualizadas, interdisciplinarias, integrales, coordinadas, propendiendo alcanzar mejoras en las condiciones de salud mental para lograr la inserción a nivel familiar, educativo, social, comunitario, etc.

Los objetivos específicos destacados del dispositivo consisten en:

- Definir el ingreso de NNA al HD en base al perfil clínico, los criterios establecidos y la oportunidad para ello.
- Realizar el diagnóstico, evaluación interdisciplinaria integral y establecer nivel de funcionamiento, de acuerdo a los protocolos del HD.
- Establecer un Programa Terapéutico Individual e Integral (PTI-I), con un abordaje psiquiátrico, psicológico y socio-educativo, que consolide una mayor estabilización clínica y mejore la adherencia al tratamiento.
- Disminuir las internaciones hospitalarias, principalmente las reiteradas y prolongadas, considerando el impacto y estigma que estas generan en el proceso de recuperación del paciente y en las actividades diarias de su entorno.
- Ofrecer un ambiente terapéutico con alternativas psicoterapéuticas individuales y/o grupales, con distintos recursos psicoeducativos (Garrido, 2021, p. 5-6).

La gestión de ingreso es a través de derivaciones de ECSM y salas de internación 24 horas de la Red de Atención de ASSE. Las solicitudes se presentan en una reunión mensual ("Gestión de Plazas") con los técnicos y profesionales responsables que derivan y otros ECSM e interesados afines. Se decide el ingreso considerando la psicopatología, nivel de riesgo, el apoyo familiar y/o institucional, disponibilidad de cupos y las prioridades de las áreas de hospitalización del CHPR. Si se aprueba, se le comunica la determinación al equipo que derivó para coordinar con la familia o institución la fecha de inicio y se establece un período de prueba de 3 meses, con excepciones. El HD tiene capacidad para 10 plazas diarias, con atención y abordaje farmacológico, psicológico, educativo y social de lunes a viernes, de 08:30 a 16:30 horas. Tras la admisión, se realiza una entrevista de ingreso al paciente junto a su familia o institución, se informa el proceder y se solicita consentimiento para armar el PTI-II, que incluye antecedentes familiares y ambientales,

diagnóstico o sintomatología, pruebas aplicadas, objetivos de tratamiento, estrategias para alcanzarlos, recursos necesarios y modalidades de intervención. La evolución del tratamiento se evalúa y ajusta siempre que sea necesario (Garrido, 2021).

Los usuarios del HD son NNA de 6 a 14 años y 11 meses usuarios de ASSE, y pacientes con sintomatología activa. Deben acceder al tratamiento de forma voluntaria, con el apoyo de su familia o institución. En caso que lo requieran, se facilitarán los boletos para transporte público o una camioneta del servicio se encargará de su traslado. Si bien el rango etario está estipulado hasta los 14 años y 11 meses, algunos ingresan con esta edad o la pasan estando en el dispositivo, dado que la población de 15 a 18 años carece de ámbitos adecuados de atención en salud mental. En cuanto al perfil psicopatológico, se plantean los siguientes trastornos como objetivos de abordaje: trastornos psicóticos, trastornos del desarrollo (autismo, discapacidad intelectual, entre otros), trastornos de la conducta, trastornos del humor, trastornos de la alimentación y rasgos desadaptativos de la personalidad (Garrido, 2021). Los psiquiatras, tanto de los ECSM como de salas de internación 24 horas de ASSE y los del Servicio de Psiquiatría Pediátrica se rigen mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, siglas en inglés) y por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) regulada por la OMS.

El equipo de trabajo, está integrado por recursos humanos de ASSE y Udelar: Psiquiatría, Psicología, Psicomotricidad, Trabajo Social, Enfermería y Educación Social. Se realiza una reunión semanal de actualización sobre los procesos de cada paciente. En relación a las intervenciones psicológicas, se proponen intervenciones individuales, grupales y/o familiares. La idea es privilegiar las grupales dadas las condiciones especialmente favorables para efectuarlas que brinda el HD y su valor terapéutico en el perfil de pacientes que atiende. Asimismo, existe una psicoeducación para el paciente y su familia/institución, destinadas a la generación de habilidades y destrezas para manejar la condición de la sintomatología: manifestaciones clínicas, reconocimiento de complicaciones, importancia del tratamiento farmacológico., para mejorar la calidad de vida y por ende, el pronóstico (Garrido, 2021).

3.2 Ciclo de Talleres sobre Educación Sexual Integral con adolescentes del Hospital de Día

Los talleres de ESI surgieron como respuesta a la demanda de un grupo de adolescentes del HD, quienes manifestaron el interés de hablar sobre temas relacionados a la sexualidad. Esto fue recibido por el equipo técnico de psicología que trabajábamos con dichos adolescentes, resolviendo ponerlo a consideración en la reunión semanal de todo el equipo de trabajo del dispositivo. Se aprobó atender la demanda para lo cual se definieron los siguientes objetivos:

- Compartir un intercambio sobre temáticas de la sexualidad desde un enfoque psicoeducativo.

- Reflexionar sobre sexualidad y adolescencia en función de la propia experiencia.
- Problematizar mitos en torno a la sexualidad, para trabajar en su deconstrucción y poder vivir una vida sexual plena.
- Analizar desde una perspectiva de género y diversos conceptos aprendidos en relación a la sexualidad.
- Lograr un espacio seguro y de confianza para el abordaje de estos temas con sensibilidad, cuidado y respeto.

La metodología consistió en talleres. El enfoque fue participativo, buscando la involucración de los adolescentes y fomentando el pensamiento crítico con temas que conciernen a sus vidas. El planteo inicial consistió en una cantidad ilimitada de talleres de temáticas propuestas entre el equipo técnico del HD y los integrantes del grupo. Se partió de sus intereses y conocimientos previos, incentivando a que reflexionen y pregunten, no dándoles respuestas absolutas, así construyan y sean protagonistas de sus procesos de aprendizaje. Por ello, se plantearon actividades accesibles, dinámicas, lúdicas y disponibles a ser modificadas en caso que requiera. El ciclo se desarrolló en junio, julio y agosto, los miércoles, de 14:00 a 15:00 horas. La creación y coordinación de los mismos estuvo a cargo de la Licenciada en Psicología y referente, y quien suscribe, en calidad de Practicante de Psicología.

El grupo estuvo compuesto por 2 integrantes varones, de 12 y de 15 años, ambos con sintomatología TEA, que asistieron a la totalidad de los encuentros planeados.

Los resultados intermedios manifiestos en los adolescentes del grupo fueron:

- La buena adherencia y disposición que se manifestó en la asistencia continua de la mayoría de adolescentes desde el primer taller hasta el último.
- Apropiación del espacio a través de una participación activa expresando opiniones y pensamientos acerca de las temáticas planteadas a desarrollar.
- Un fructífero intercambio entre todos y todas, donde se esclarecieron interrogantes, mitos e ideas previas no del todo “acertadas” que pudieron ser abordadas desde un enfoque psicoeducativo.
- Capacidad de reflexión respecto a los contenidos trabajados en los talleres, pudiendo manifestar vivencias personales en función de la experiencia propia que fueron contenidas y recibidas con el debido respeto y cuidado que demandan.

Taller N° 6: Derechos Sexuales y Consentimiento.

Para este trabajo se eligió concentrar el análisis en el Taller N°6 (19/07/23) dada la relevancia del consentimiento como derecho humano en virtud de las características psicopatológicas de los participantes. Los objetivos específicos de este taller consistieron en:

- Conocer los Derechos Sexuales según la Asociación Mundial de Salud Sexual.
- Intercambiar acerca de los derechos reconociendo la importancia de su cumplimiento.
- Implementar la noción de Consentimiento sexual tanto en su valor teórico como práctico, para el cuidado de la salud sexual propia y ajena.

- Señalar el concepto de Consentimiento sexual como una herramienta para la prevención de vínculos libres de violencia.

La metodología, comprendió trabajar conjuntamente a través del formato taller. El mismo fue de duración libre y semidirigido por la Lic. Licenciada en Psicología y Practicante de Psicología. Como observadores participantes estuvieron la Lic. Residente de Psicología, el Practicante de Educación Social y la Residente de Psiquiatría.

Los materiales y recursos utilizados fueron:

- Material teórico sobre Derechos Sexuales por la Asociación Mundial de Salud Sexual (WAS). (Ver en Anexo)
- Material audiovisual "Consentimiento, tan simple como el té". (Ver en Anexo)
- Material teórico sobre Consentimiento por "Fundación Huésped".

El desarrollo del taller fue llevado a cabo de la siguiente forma:

1. Introducir a los participantes el encuadre del taller: objetivos, temas, duración y lugar. Construir grupalmente los acuerdos para el taller con condiciones como: respeto, atención, escucha activa, participación, entre otros.
2. Leer los Derechos Sexuales establecidos por WAS. (Anexo)
3. Invitar a cada participante, de manera voluntaria, a elegir uno de los derechos (según su interés) para problematizar en torno a los seleccionados, el grado de conocimiento en los mismos y/o el que más llamó su atención.
4. Hacer hincapié en que el cumplimiento de estos derechos es fundamental y comprendiendo que los propios terminan en cuanto comienzan los del otro. Esto es lo que nos va a permitir, poco a poco, llegar a la noción de Consentimiento sexual.
5. Indagar sobre conocimientos o ideas previas que traen los participantes respecto al término Consentimiento sexual.
6. Proyectar el material audiovisual "Consentimiento como una taza de té" como disparador para abordar el tema. Procurar hacer pausas a lo largo del vídeo para explicitar algunas partes que quizás no son tan claras y suceden rápidamente.
7. Intercambiar acerca de sensaciones, pensamientos y opiniones sobre el vídeo reproducido. Esclarecer dudas y consultas que puedan surgir. Desde el equipo técnico, contener experiencias y/o movilizaciones afectivas respecto a lo que pueda generar el taller.
8. Por último, compartir la definición de Consentimiento sexual seleccionada, señalando que es una herramienta para la prevención de la violencia hacía uno y los demás.

De acuerdo a lo conversado entre el equipo técnico participe del taller, los resultados intermedios observables fueron:

- Una clara adherencia y disposición al taller. Esto no solo se manifestó en la asistencia continua al dispositivo desde el primer taller hasta el último, sino en el sostenimiento y

tolerancia de los adolescentes ante este taller en particular desde el inicio hasta el final del mismo.

- Apropiación del espacio por parte de los integrantes del grupo teniendo una participación activa expresando opiniones y pensamientos acerca de los Derechos Sexuales.
- Un rico intercambio entre todos y todas, donde se esclarecieron interrogantes, mitos e ideas previas no del todo “claras” respecto al término Consentimiento que pudieron ser abordadas desde un enfoque psicoeducativo.
- Capacidad de reflexión respecto a lo circulado en el desarrollo del taller, pudiendo manifestar vivencias personales en función de la experiencia propia que fueron contenidas y recibidas con el debido respeto y cuidado que demandan.
- Cumplimiento de los objetivos generales y específicos propuestos, generando satisfacción en los adolescentes y el equipo técnico.

3.3 Líneas de Análisis para la Articulación

3.3.1 Sintomatología grave, TEA y su repercusión en la sexualidad adolescente.

Como se mencionó, los adolescentes son pacientes graves con afectaciones en el desarrollo que impacta en los vínculos sociales y educativos. Por ende, si ya su cotidianidad es compleja, todo lo que implique sexualidad, y en la adolescencia, es doblemente complejo. La relación con la sexualidad sin un trastorno mental grave también conlleva conflictos que son atendidos por su círculo cercano, sin llegar a producir alteraciones mayores. Sin embargo, en personas con TEA puede afectar la comprensión y experiencia de la sexualidad (Cáceres y Ortega, 2020).

Vescio (2022), manifiesta que el TEA es un trastorno del desarrollo y no una enfermedad. Si bien es múltiple la expresión que puede tener, no es correcta hacer generalizaciones ya que en el espectro no hay dos personas que sean iguales. Conuerdo con la autora que resulta útil mencionar las áreas en las que este trastorno suele manifestarse para así poder dejar en evidencia que no son condicionantes absolutas para el ejercicio de su sexualidad. A su vez, conocer cómo esta sintomatología repercute en lo que tiene que ver con la sexualidad, ayuda vigorosamente a cómo trabajar ESI con esta población.

Respecto a lo acontecido clínicamente, durante el desarrollo del taller descrito, específicamente en el intercambio sobre el concepto de Consentimiento sexual, uno de los adolescentes comenzó a relatar un suceso que ocurrió en su institución educativa, donde no solo él se expuso a una situación de riesgo, sino también a una compañera, de manera no consensuada, ocasionando malestar e incomodidad. Esto fue escuchado y recibido por el resto de los participantes del taller y abordado con el cuidado necesario, posibilitando conversar y reflexionar tanto de lo que implica la noción de consentimiento en su valor teórico y práctico, como de las conductas de riesgo a las que pueden enfrentarse los adolescentes. Se partió de la base de que el consentimiento al ser un acuerdo mutuo entre personas que deciden vincularse

voluntaria y conscientemente, es una herramienta para prevenir la violencia a la hora de relacionarse afectivamente.

Lo relatado resuena con la teórico expuesto por Manzone et al., (2022) que mencionan que las personas con TEA pueden mostrar conductas problemáticas tanto de orden primario como de orden secundario. Lo primario consideran problemas relacionados con la sexualidad en su forma más básica y se evidencian a través de una expresión inadecuada de las necesidades sexuales, tanto propias como hacia los demás. Por otro lado, lo secundario surge como resultado de problemas primarios no resueltos - de larga data - y se manifiestan a través de comportamientos como agresión, ansiedad o tensión (Bratković, 2000, citado en Manzone et al., 2022). En este contexto, no abordar los deseos de las personas con TEA puede terminar en conductas inapropiadas, como desvestirse en público o la agresión hacia otros (Stokes y Kaur 2005; Ray, Marks y Bray-Garretson, 2004, citados en Manzone et al., 2022). Por esto es que las personas con autismo son vistas socialmente como sexualmente inmaduras, peligrosas o asexuadas (Konstantareas y Lunksky, 1997; Stokes y Kaur, 2005, citados en Manzone et al., 2022). Justamente, el desconocimiento de significados tanto del consentimiento como otros relacionados a la sexualidad y la no identificación de las conductas de riesgo en la adolescencia; puede desembocar en situaciones como estas, pudiendo ser prevenidas. La falta de conocimiento e información, la desigualdad de oportunidades y los prejuicios lleva a que el comportamiento sexual de los hombres con TEA generalmente es etiquetado como patológico, mientras que a las mujeres con TEA se reduce a la higiene íntima y la protección contra las infecciones de transmisión sexual y el embarazo (Frawley y Wilson, 2016, citados en Manzone et al., 2022).

La no intervención en ESI con estos adolescentes puede explicarse tanto por su sintomatología como por otros factores. Como dice Estrada (2023), la discapacidad por sí sola no es la que define muchas de las experiencias sexuales, hay que ver más allá: los ámbitos sociales, culturales, educativos y familiares que han sostenido por mucho tiempo que las personas con discapacidad son asexuadas y negando su educación en sexualidad. Vale la aclaración que el no trabajo de estos temas no solo es propio de las familias de adolescentes con trastornos mentales graves, sino también de aquellas que consideran que mientras menos se hable de lo que tenga que ver con sexualidad, mejor.

Pese a la sintomatología compleja que comprende el TEA, queda claro que las áreas “alteradas” en el autismo, pueden generar dificultad en la comprensión de la sexualidad y una incapacidad para expresar adecuadamente sentimientos sobre la misma. Sin embargo, respecto a lo sobrevenido clínicamente en los talleres y en este taller en particular, se pudo detectar que hubo un entendimiento cognitivo de los contenidos teóricos circulados ya que permitieron el desenlace e intercambio de experiencias personales y un registro propio y del otro respecto a sus emociones y sentimientos. También, los adolescentes de este grupo contaban con muy buenas habilidades para la comunicación verbal y social. En ocasiones, parecía que no había

expresión alguna afectiva ante lo que ocurría, pero no significaba que no les estaban pasando cosas. Es decir, los sentimientos y pensamientos podían estar presentes, pero las dificultades quizás venían más del lado de la comunicación. También, el silencio también era respuesta. No obstante, podría no haber deseo de manifestarlo hacia al grupo en ese preciso momento o simplemente de no hacerlo. Los participantes eran adolescentes y si estas temáticas generan resistencias y movilizaciones en todas las poblaciones, en esta aún más.

Estrada (2023) en su artículo "*Sexualidad y autismo*", expone acerca de los mitos y tabúes respecto a la sexualidad en personas con TEA. Por ejemplo, ante el clásico pensamiento que esta población no comprende las normas sociales, la autora propone que se establezcan normas claras, se verifiquen que las entiendan y se les dé la oportunidad de que las practiquen. Aunque no siempre quedemos seguros de que están comprendidas, estas normas pueden ser aprendidas e incluso el uso de reglas fijas puede darles tranquilidad. El desafío radica en que la vida está llena de cambios, por lo que es importante estar presente para recordarles las normas y corregirlas cuando no las sigan (p. 93). Desde el equipo técnico, teníamos la sensación que los conceptos no quedaban del todo arraigados. Sin embargo, eso fue rápidamente mitigado por los mismos adolescentes ya que en encuentros posteriores al taller, recordaban los derechos sexuales trabajados mencionando haberlos intercambiado con sus pares y hasta un mayor interés en saber de los mismos. Por ende, si eran aprendidos, derribando una vez más, los mitos.

Vescio (2022), cita a Cornago (2013) para decir que el área de las relaciones sociales en personas con autismo se ve dificultada, producto en parte de falta de empatía e inconvenientes en la comprensión de las normas sociales, por lo que es fundamental trabajar potenciando las habilidades de las personas con autismo para que puedan entender las reglas de la sociedad (p. 24). En lo ocurrido prácticamente, el reconocimiento de la magnitud de la situación descrita por parte del adolescente fue fundamental, no sólo para su menester abordaje desde la educación sexual integral, sino también dando a entender la identificación del mismo en que algo malo había pasado y le había generado cosas tanto a un otro (su compañera) como a él. Acá evidentemente hubo un sentimiento de empatía y entendimiento de la norma social, lo que está bien y lo que está mal.

3.3.2 Abordaje y comunicación sobre sexualidad en familias de NNA con autismo.

En relación a la dinámica familiar sobre el abordaje y la comunicación en el ámbito de la sexualidad de niños y adolescentes con TEA, André et al., (2022) en su estudio titulado "*Comunicación Sexual en Padres de Hijos con Trastorno del Espectro Autista*" exponen que los temas más abordados por los padres con sus hijos, son la higiene y las partes del cuerpo. No obstante, temas como el abuso sexual, el embarazo y las ITS fueron menos mencionados por los padres (Ballan, 2012; Holmes y Himle, 2014). Es decir, la comunicación sobre sexualidad desde padres a hijos con autismo, es a nivel muy general y los temas más sencillos son los más abordados, mientras los más difíciles y específicos son los menos. Lo escrito, puede deberse a

que los padres sienten temor o creen innecesario que sus hijos cuenten con ese tipo de información (Byers et al., 2013, citado en André et al., 2022). Clínicamente, en el HD, la madre de un adolescente de este grupo (justamente el que mencionó la situación anterior), planteó la dificultad de conversar sobre estos temas con su hijo. La mamá expresó sentir miedo de mencionar algo de “más” y desenlazar una situación que después no sabría contener. Esto fue atendido por quienes trabajamos en el grupo con su hijo, el equipo de psicología. Nuestra respuesta fue brindar primeramente tranquilidad ante la situación y hacerle saber que estábamos trabajando sobre estos temas con el grupo, pero también mostrando disposición de hacerlo en conjunto, en una intervención concreta, tanto ella como el adolescente requiera. De esto, se considera que la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos, generalmente, se presenta como un reto para ambos, siendo mayor para los padres que para los hijos (Jerman y Constantine, 2010, citados en André et al., 2022). Sin embargo, la comunicación sobre sexualidad en la familia, especialmente entre padres e hijos, es muy importante, ya que los padres son el primer contacto de los hijos y por ende, impactan significativamente en lo que consiste brindar información de y en su desarrollo (André et al., 2022).

Un dato a destacar es que en el estudio de los autores André et al., (2022) se contó con mayor participación de las madres, como en otros estudios (Clatos y Asare, 2016; Holmes y Himle, 2014; Holmes et al., 2016, 2019; Kok y Akyuz, 2015), donde su población de estudio también está mayormente representada por mamás. Esto se puede deber al mandato cultural donde se asigna a la mujer el rol de protectora, cuidadora y educadora de sus hijos, aún más cuando su hijo o hija presenta discapacidad. De tal manera, en el Hospital de Día, las familias de estos dos pacientes estaba conformada por sus madres, abuelas y hermanos. Es decir, el contacto familiar principal de los adolescentes del grupo eran mujeres. No es un dato menor, la ausencia de figuras masculinas en la mayoría de las familias de los adolescentes del dispositivo era predominante.

Según Brown-Lavoie et al., (2014), citados también en André et al., (2022), en investigaciones recientes sugieren que los adultos con TEA que tienen mayor conocimiento sexual tienen menos probabilidades de ser víctimas de la violencia sexual. La comunicación en temas relacionados a la salud sexual entre padres e hijos con autismo, desde edades tempranas es fundamental ya que puede evitar la participación futura directa e indirecta, tanto en la vida propia como ajena, en conductas de riesgo como: acoso y abuso sexual; embarazos no deseados, ITS, entre otros. A su vez, no solo posibilita la inexistencia de estos acontecimientos, sino que fortalece el vínculo padre - hijo promocionando la salud sexual de los NNA al proporcionar conocimientos sobre su cuerpo a medida que crecen y los cambios en etapas de transición como la adolescencia.

Manzone et al., (2022), a partir del estudio que llevaron a cabo, concluyen en la necesidad de una ESI adaptada a esta población y abordada por un especialista o por un equipo interdisciplinario en acuerdo con los familiares y pacientes. No solamente para la

prevención de situaciones peligrosas como las ya mencionadas arriba, sino para que sean personas más autónomas que puedan gestionar su vida sexual y afectiva (p. 385). Asimismo, desde el equipo técnico de Psicología, identificamos que la fortaleza radica en trabajar conjuntamente estos temas con las familias de los adolescentes. Si bien por tiempo no se pudo, hubo una idea tentativa de realizar algunos talleres con el entorno de los pacientes para tener una idea más clara de cómo era llevado a cabo el tema de la sexualidad en las casas. Otro dato importante es que no solo eran figuras femeninas las responsables de estos adolescentes, sino que una de ellas era la abuela y la otra, una mamá proveniente de Venezuela. Fueron factores a tomar en cuenta ya que en el primer caso, la abuela, nos manifestó que sobre los tópicos en relación a ESI no hablaba con su nieto, mencionando que al considerarse de otra época no sabía cómo enfrentar esa situación. En el otro caso, desde el equipo técnico, visualizamos una cultura, de otro país, fuertemente marcada por conductas machistas, silencio e ignorancia frente a estos temas, temor extremo en el abordaje de la sexualidad, entre otros.

Adicionalmente, el estudio de André et al., (2022), encontró que los padres de hijos considerados con Grados 2 y 3 de TEA (según el DSM, descritos en el marco teórico) no abordan temas que tienen que ver con abuso sexual, embarazo no deseado e ITS, mientras los que refieren por ejemplo a higiene íntima sí. Los padres manifiestan no saber cómo manejar esas situaciones. Por ende, es menester que quienes trabajan con estas poblaciones intervengan y hagan posible la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos con autismo. Asimismo, Manzone et al., (2022) en su estudio denominado "*Sexualidad y afectividad en personas con trastorno del espectro autista: perspectivas de familiares y profesionales*" a través de un estudio cuantitativo comparativo, aplicaron un cuestionario sociodemográfico y de actitudes hacia la sexualidad en las personas con autismo, a una muestra de 158 familiares y profesionales, y a 158 pacientes. Los resultados revelaron que los familiares presentaron actitudes menos conservadoras hacia la sexualidad que los profesionales, aunque no se reconocen diferencias significativas entre estas actitudes. Se concluye que es importante mejorar la educación sexual de las personas con TEA, partiendo de la mejora de las actitudes hacia su abordaje profesional y familiar. (Manzone et al., 2022, p. 376). Esto es interesante no solo por cuestionar lo articulado teórico y clínicamente, sino también porque muchas veces la responsabilidad sobre los procesos de aprendizaje de los NNA recae totalmente en las familias cuando hay otros ámbitos sociales donde el niño y adolescente debe aprender y educarse: la escuela, la comunidad, la sociedad, etc. En estos espacios están parte de los profesionales formados para enseñar ESI, teniendo que ser protagonistas y actores claves en el desarrollo de los NNA.

3.3.3 La adolescencia como etapa vital significativa y su relación con la sexualidad.

Los adolescentes con autismo desarrollan la sexualidad en el período correspondiente, teniendo las mismas evoluciones físicas y despertar sexual igual que los demás adolescentes (Vescio, 2022).

De acuerdo a los duelos que ocurren en esta etapa descritos por los autores Aberastury y Knobel (1989), la vivencia de estos pueden resultar angustiantes para los adolescentes y por eso, es fundamental la presencia de figuras adultas referentes para sostener y acompañar. Así como sucede con los padres o referentes, también con sus pares. Los vínculos sociales y/o de amistad en la adolescencia, se reconfiguran y a veces, pueden derivar tanto en distanciamientos como mayor afianzamiento de los mismos. El hecho de contar con pares o un grupo de pertenencia en este período es sustancial ya que los adolescentes al estar transitando la misma etapa vital, entre ellos, es donde más comprendidos se sienten, cuestión que con los adultos quizás no es tan posible. Los adolescentes se ven fuertemente marcados por sentimientos de extrema sensibilidad con respecto a su cuerpo y por eso necesitan de adultos que los orienten para poder conocerlo, disfrutarlo, cuidarlo y cuidarse de situaciones en donde pueden llegar a correr riesgos (Rivera Sanchez, 2008 citado en Vescio, 2022).

La transición de esta etapa del ciclo vital es igual de complicada para todos. No obstante, con respecto a los adolescentes con autismo y sus familias, pueden llegar a presentar mayores dificultades para transitar los cambios característicos de esta etapa por sus necesidades específicas para el manejo de las emociones, la sociabilización y la comprensión (Kreisel et al., 2017, citados en Vescio, 2022). Lo anterior, puede desencadenar síntomas de estrés, ansiedad y sentimientos de angustia e irritabilidad en los adolescentes debido a la cantidad de desafíos a los que se enfrentan en esta fase del desarrollo. El poco manejo que hay de las emociones y respuestas negativas de estrés y ansiedad por parte de los adolescentes con TEA frente a esto, es en gran parte debido a la falta de educación que esta población recibe por parte de sus padres, su principal fuente de información y de las instituciones educativas a las cuales pertenecen. Sin embargo, que no reciban la información, no significa que no estén interesados por lo que les sucede en esta etapa ya que los pocos estudios sobre el tema, afirman que la mayoría de la población autista si está interesada en establecer relaciones íntimas, sexuales e incluso maritales (Fernández Basanta, 2014, citado en Montañez-Romero y Pérez-Alcalá, 2022).

El adolescente al desprenderse de sus primeros objetos de deseo, aquellos que configuraron sus figuras referentes adultas, también repercute en los padres generando temores y angustias en los mismos, que pueden derivar en una sobreprotección del hijo (Mejía, 2023, p. 49). Esto no solo proviene de una actitud de los padres, sino también forma parte de los mitos y prejuicios socioculturales en torno a la sexualidad de personas con trastornos mentales y/o discapacidad, la necesidad de que siempre se los proteja y cuide. No solo se los está sobreprotegiendo, sino que de alguna manera infantilizando. Mejía (2023) manifiesta que hay adolescentes sobre los cuales, aún se practican cuidados de como por ejemplo bañarlos, alimentarlos, movilizarlos, elegirles la ropa, controlar sus relaciones afectivas y determinar cuánto tiempo duran. Aspectos que podrían ser propios de la niñez, ya que en esta etapa es importante que los padres participen en la toma de decisiones del niño y la privacidad es

compartida. Este aspecto dista de la mayoría de adolescentes que no tienen por ejemplo, autismo. La separación y apropiación de la privacidad es obligatoria y necesaria (p. 51). Quizás esa intención de infantilizar al adolescente proviene de un deseo inconsciente en querer que este sea un niño eterno. Según la misma autora, Mejía (2023), los padres, a nivel inconsciente, les da mayor tranquilidad el hecho de que sus hijos con discapacidad intelectual permanezcan en un estado de latencia hasta la adolescencia inclusive, ya que con todas las transformaciones psíquicas que ocurren, se pone en juego su papel como padres. Si bien el autismo es diferente a la discapacidad intelectual, los dos son trastornos del desarrollo y esta hipótesis podría aplicar de acuerdo a lo articulado (p. 50). Esto puede hacer resonancia con el miedo de la mamá respecto a hablar de sexualidad con su hijo, uno de nuestros pacientes.

Los padres, las familias y/o las figuras referentes adultas deben acompañar este proceso de la mejor forma que puedan. Como manifiesta Levy (2007), el adolescente en esta etapa rearma todo su sistema de representaciones e implica un proceso doloroso. El no poder hacer un reordenamiento simbólico “normal” puede derivar en conductas que ponen en peligro la integridad de los adolescentes.

4. Consideraciones finales

Son múltiples los puntos finales que se podrían valorar de este trabajo. Sin embargo, serán expuestos aquellos relacionados a los objetivos y a las preguntas propuestas.

En primer lugar, es necesario destacar la existencia del Practicantado. La posibilidad de realizar esta práctica es una experiencia excepcional. No solo para nosotros, los estudiantes, sino para la Universidad, el sistema de salud pública y quienes se benefician de él. Es una forma de dar, recibir y devolverse mutuamente entre el estudiante, la universidad y la salud.

Segundo, resaltar el arduo recorrido sociohistórico de la Salud Mental, tanto a nivel nacional como internacional. Este es un factor fundamental para la existencia del Programa de Practicantes y el Hospital de Día para NNA en Uruguay. De León y Techera (2017), manifiestan que los procesos de reforma en salud mental no siempre son acompañados por un marco legal que promueva las transformaciones propuestas. Fernández (2017) explica que se necesita la intervención del Estado para regular los marcos normativos a través de instrumentos nacionales e internacionales, ministerios e instituciones porque requiere de la participación de los organismos de salud, pero también de vivienda, trabajo, educación, seguridad social, entre otros., interviniendo desde una perspectiva de la intersectorialidad y de derechos (p. 146). Sin embargo, gracias a la lucha incansable de colectivos de la sociedad civil, organizaciones científicas y académicas, instituciones del Estado y cooperación Internacional para la creación de políticas públicas de salud, programas, planes, entre otros., que justifican la emergencia de invertir en Salud Mental, fue posible (UNFPA - Facultad de Psicología Udelar, 2024).

Terceramente, poner en evidencia la demora de nuestro país en reconocer la urgencia de tener un Hospital de Día específico para niños, niñas y adolescentes, a pesar de las

necesidades específicas que demandan estas poblaciones y sobre todo, el aumento y sostenimiento de consultas y hospitalizaciones por cuestiones graves en su salud mental y diversas formas de violencia que atentan su integridad y ponen en peligro sus vidas.

Luego, respecto al HD, fue el primer acercamiento práctico a la psicopatología y no menor, ya que los casos eran graves. Si bien previamente había investigado sobre el dispositivo y el servicio como tal, el contacto inicial fue impactante y movilizante. Primero, porque significó trabajar bajo un marco médico psiquiátrico y eso conlleva un gran contenido teórico desconocido, por ende, un vocabulario diferente. Después, la rigidez de algunos técnicos en el diagnóstico, dejando de lado los demás aspectos fundamentales del individuo. Janin (2013) dice que un diagnóstico es diferente a poner un nombre, este debe considerar las experiencias del individuo que sufre y la historia que rodea ese sufrimiento, no solo sus comportamientos. Asimismo, Untoiglich et al., (2013) plantean que los diagnósticos deben ser “escritos con lápiz”, es decir, que puedan modificarse, ya que eso no etiqueta como “trastorno” algo que podría experimentar variaciones (p. 13). Evidentemente llegar a un diagnóstico es sustancial ya que posibilita entender y actuar ante la situación tan compleja que enfrentan los NNA y su entorno, pero no lo es todo. El individuo es un ser bio, psico y social. Anclarse únicamente en el diagnóstico es comprenderlo solo desde lo biológico, olvidándose de su integralidad. El diagnóstico más que un fin, es un punto de partida.

Siguiendo con las consideraciones finales, reflexionar acerca de lo acontecido en los talleres de ESI y sobre todo, de la experiencia elegida a articular. Este ciclo de talleres fue una intervención impresionante. Desde su planificación, desarrollo y desenlace, fueron factor de interpelación constante en el equipo técnico de psicología. A través de los talleres realizados, se puede considerar que estos adolescentes tuvieron sus primeros acercamientos a temáticas en relación a la sexualidad ya que previamente no habían tenido la oportunidad de un abordaje tan específico en sus correspondientes ámbitos educativos, familiares y comunitarios. Si bien la articulación teórica - clínica a través de las líneas de análisis destaca la fundamentalidad de problematizar la sexualidad en adolescentes con TEA., también hay otros factores como indican varios autores de la bibliografía consultada en la articulación, coincidiendo en que el material empírico y de investigación acerca de este tema, escasea. Por lo tanto, es aún más necesario trabajar sobre esto para que la producción y difusión de conocimiento de estos tópicos dejen de ser temáticas de estudio novedosas y sean habituales. Asimismo, vivimos en tiempos donde los discursos de odio cobran más fuerza y manifiestan que enseñar ESI es imponer pensamiento, normas y conductas que irían en contra de las ideas tradicionales como la familia, la heterosexualidad, entre otras. Educar en sexualidad no es imponer. La ESI no es autoritaria. Al contrario, es habilitadora para reflexionar y entender por qué es importante su enseñanza para poder vivir y gozar de una salud sexual libre y plena. Enseñar ESI también es posicionarse y más con estas poblaciones ya que la estigmatización y exclusión es aún mayor. Insistir en abordar ESI es una forma de reivindicar derechos. El posicionamiento desde determinados

sectores de la sociedad, tanto civiles como protagonistas públicos de la educación, la salud, la política y el estado, con intenciones de delimitar o hasta suprimir la enseñanza de ESI no solo generan estigmatización, exclusión, negación y prohibición del deseo de las personas, sino también vulneran derechos humanos. Al contar con una formación específica en ESI, el interés en llevar a cabo estos talleres era aún más personal, por ende, político. También representó un desafío ya que debido a todas las características ya descritas de estos adolescentes, tuve que reinventar y modificar numerosas veces los talleres, en cuanto a sus objetivos, marco teórico, metodología, recursos y técnicas, para poder adaptarme adecuadamente a esta población.

No solo los talleres fueron llevados a cabo trabajando en equipo, sino que toda intervención en el HD era pensada desde la interdisciplina. El trabajo interdisciplinario es uno de los puntos más valiosos de aprendizaje tanto por la riqueza profesional que representa trabajar de manera interdisciplinaria como la calidez humana de cada técnico. La posibilidad de formarse y trabajar de esta manera en el grado es única, se aprende de todas las disciplinas involucradas en el dispositivo y de sus profesionales. No obstante, también representó un desafío y es diferente la interdisciplina que trabajo en equipo. En la interdisciplina, lo que sucedía, es que las diferencias y los mecanismos de poder de cada profesión predominaban provocando asperezas que se veían reflejadas en los tratamientos. Sin embargo, el trabajo en equipo, especialmente con el de Psicología del HD fue muy positivo. Personalmente, quiero resaltar a la Lic. en Psicología y Referente, Fernanda y la Lic. Res. en Psicología, Analía, por su formación académica y profesional, su ética laboral y humana a la hora de trabajar en conjunto y sobre todo, por su trabajo con los NNA. Asimismo, por la disposición, de todas horas, de ayuda y contención en esta etapa formativa tan significativa para los practicantes.

Esta práctica, fue la etapa formativa por excelencia de mi trayecto académico. La experiencia más significativa, desafiante y movilizante. Ser la primera Practicante de Psicología en el primer dispositivo de Salud Mental para niños y adolescentes, en el Hospital Pediátrico de referencia nacional, significó enormemente a nivel personal, académico y profesional. Tener la posibilidad de rotar por Psiquiatría Pediátrica gracias a la disposición e incentivo de la Dra. Gabriela Garrido y de los demás profesionales a sus áreas y policlínicas, posibilitan que una pueda formar parte y se nutra de otros espacios fundamentales en la atención de NNA. Eso es lo que hace única a esta práctica. A su vez, implicó un trayecto que evidentemente no fue lineal y progresivo, sino con marchas y contramarchas, pero apoyada por la comunicación con mis referentes, docentes, pares y afectos. Y lo más valioso, lograr generar una alianza terapéutica especial con los pacientes y un vínculo de trabajo afectuoso con el equipo técnico.

Referencias bibliográficas

Aberastury, A., y Knobel, M. (1989). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Paidós Educador. Recuperado de:

<https://psicodescubrir.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/07/la-adolescencia-normal.pdf>

Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento. (2021, 8 de octubre). Hospital de Día ofrece atención ambulatoria a patologías psiquiátricas graves. En el Pereira Rossell. [Comunicado de prensa]. Recuperado de:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/hospital-dia-ofrece-atencion-ambulatoria-patologias-psiquiatricas-graves>

Amnistía Internacional. (2021, 9 de junio). Qué es el consentimiento: cómo hablar (y pensar) sobre él. Recuperado de:

<https://www.amnesty.org/es/latest/campaigns/2021/06/itay-toolkit-blog-how-to-talk-and-think-about-consent/>

André, T. G., Valdez-Montero, C., Silva Dutra, H., Ahumada-Cortez, J. G., y Gámez-Medina, M. E. (2022). Comunicación sexual en padres de hijos con trastorno del espectro autista. *Siglo Cero*, 53(2), 9–20. Recuperado de:

<https://revistas.usal.es/tres/index.php/0210-1696/article/view/29518>

ASSE, Facultad de Psicología/UR (2010) Convenio Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud. Recuperado de:

https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf

Bardón, C. (2012). Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Nou Barris. Barcelona, España. Recuperado de:

https://serveiseducatius.xtec.cat/santmarti/wp-content/uploads/usu785/2021/04/Los_trastornos_mentales_graves.pdf

Barreto, L., Campodónico, I., y Paullier, A. I. (2019). Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica. Recuperado de:

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/37272/1/MPPP_BarretoL_Campodonicol_PaullierA.pdf

Basaglia, F. (1991). La Antipsiquiatría y las "Nuevas Técnicas". *Zona Erógena*, (3). Recuperado de:

<https://gruposaludmentalfts.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/textodebasaglia.pdf>

Basaglia, F. (1978/2008). La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio. Bajo la supervisión de Franca Ongaro Basaglia y Maria Grazia Giannichedda. Editorial Topía. Buenos Aires, Argentina.

Recuperado de: <https://proletarios.org/books/Basaglia-La-condena-de-ser-loco-y-pobre.pdf>

Cáceres, J., y Ortega, B. (2020). Conflictos en la esfera sexual en adolescentes con Trastornos del Espectro Autista de alto funcionamiento. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. (Impr.)*, 75-89. Recuperado de:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1382261/rev-sopnia-2020-3-ok-75-89.pdf>

Centro Hospitalario Pereira Rossell. (s/f). *INSTITUCIONAL*.

Recuperado de: <http://www.pereirarossell.gub.uy/#!/-institucional/>

Desviat, M. (2020). Evolució històrica de l'atenció a la salut mental. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, (75), 17-43. Recuperado de:

<https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/367856/466393>

De León, N., y Techera, A. (2017). Reformas de atención en salud mental de Uruguay y la región. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*, 55. Recuperado de:

<https://www.cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf#page=55>

Estrada, N. A. (2023). Sexualidad y autismo. *Revista Inclusiones*, 10(Especial), 81-96.

Recuperado de: <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/3506>

Evaristo, P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 345-351. Recuperado de:

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n2/11.pdf>

Fernández Castrillo, B. (2017). Salud Mental y políticas públicas: algunas notas. *Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria-Universidad de la República (2017) Salud mental, comunidad y derechos humanos*, 125-146. Recuperado de:

<https://www.cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf#page=55>

Fundación Huésped (2020). Kit de Juegos para seguir aprendiendo en igualdad. Libro. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de:

<https://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb378a8e080017aa0480ace088b>

García, D. (200). El Grupo: Métodos y Técnicas Participativas. 2da edición. Espacio Editorial. Buenos Aires. Recuperado de:

<https://practicadetrabajosocial4.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/09/el-grupo-dor-a-garcc3ada.pdf>

Garrido, G. (2021). Modelo de gestión del Hospital de Día para niños/as y adolescentes con Trastornos Mentales en el Hospital Pediátrico Pereira Rossell, en Marco de la Ley de Salud Mental. Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina. [Manuscrito inédito].

Giménez, L. (2021). LLAMADO N° 042/2021. Programa de Practicantes y Residentes de Psicología (Convenio Facultad de Psicología - ASSE). Propuesta Académica para la Coordinación del Practicantado (2022-2024).

Janin, B. (2013). El DSM y la medicalización de los niños. *Revista Actualidad Psicología* N°416, Patologización de la Infancia. Buenos Aires: Noveduc.

Jaunarena, D., Póppolo, M. F., Andrade, N., Villarreal, J., Alfonso, F., Sánchez, M., Saccone, J., Castro, A., Signorelli, P., y Garrido, G. (2023). Aportes del Hospital de Día para la atención de niños/as y adolescentes con patologías mentales graves, en la formación de residentes de Psiquiatría Pediátrica. *Rev. psiquiatr. Urug*, 85-91. Recuperado de:

http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2024/01/02_TOB_01.pdf

Levy, R. (2007). Adolescencia: el reordenamiento simbólico, el mirar y el equilibrio narcisístico. *Psicoanálisis*, 29(2), 363-37. Recuperado de:

https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/09/Ruggero_Levy.pdf

Manzone, L. A., Cuesta, J. L., Muñoz, I., y Santamaría, R. M. (2022). Sexualidad y afectividad en personas con trastorno del espectro autista: Perspectivas de familiares y profesionales. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVIII(3), 376-389. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8526464>

Mejía Díaz, L. (2023). Algunos aspectos de la sexualidad en adolescentes con discapacidad intelectual desde una mirada psicoanalítica. Universidad de Antioquia. Colombia.

Recuperado de:

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/34695/6/Mejia_Diaz_Luisa_Algunos_aspectos.pdf

Montañez-Romero, M., y Pérez-Alcalá, A. (2022). Estrés y ansiedad durante la sexualidad del adolescente con autismo. Una revisión sistemática. *IPSA Scientia, revista científica multidisciplinaria*, 7(4), 50-65. Recuperado de:

<https://www.booksandjournals.org/ojs/index.php/ipsa/article/view/art4vol7nro4/151>

Naranjo Vila, C. (2001). Hospital de Día en Psiquiatría. Evolución de la experiencia mundial y estado de la situación en Chile. *Monografías de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental*.

Recuperado de:

https://www.academia.edu/1248338/Hospital_de_D%C3%ADa_en_psiquiatria%C3%ADa_Evoluci%C3%B3n_de_la_experiencia_mundial_y_estado_de_la_situaci%C3%B3n_en_Chile

Ordenanza 1.488/019. Red de atención de salud mental. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2019. Recuperado de:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>

Organización de las Naciones Unidas (s/f). Declaración Universal de Derechos Humanos. Historia de la Declaración.

Recuperado de:

<https://www.un.org/es/about-us/udhr/history-of-the-declaration#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20Universal%20de%20los,de%20la%20Segunda%20Guerra%20Mundial.>

Organización Mundial de la Salud. (2023, mayo 18). Educación sexual integral.

Recuperado

de:

<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>

Organización Mundial de la Salud. (s/f). Salud del adolescente. Recuperado de:

https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Organización Panamericana de la Salud., Organización Mundial de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala, Guatemala:

WAS. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51672>

Organización Panamericana de la Salud., Organización Mundial de la Salud y Unicef Uruguay. (2024). *Aportes para la mejora de la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes en Uruguay. Hacia un cambio de modelo intersectorial, comunitario y basado en derechos humanos*. Informe de cooperación técnica OPS/OMS | UNICEF Uruguay.

Recuperado de:

<https://ceis.psico.edu.uy/sites/ceis/files/2024-06/informe-cooperacion-tecnica-ops-unicef-uruguay-para-mejora-atencion-salud-mental-ninos-ninas.pdf>

Psicoevidencias. (2023). *Trastorno mental grave en infancia y adolescencia*. Psicoevidencias.

Recuperado de:

<https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/resumenes-de-evidencia/104-trastorno-mental-grave-en-infancia-y-adolescencia/file>

Stagnaro, J. C. (2012). El Hospital de Día: historia y conceptualización. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(102), 107-118. Recuperado de:

<https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/issue/view/100/114>

Techera, A., de León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., ... & Sánchez, C. (2013). Pasado, presente y futuro de las políticas en Salud Mental. *Salud Mental en Debate*. Salud Mental en debate. Recuperado de:

https://psico.edu.uy/sites/default/files/2013-12_salud_mental_en_debate.pdf#page=15

UNFPA - Facultad de Psicología Udelar (2024). Educación sexual en el sistema educativo uruguayo. Más de 100 años de políticas públicas y estrategias. 1913-2024. Montevideo: UNFPA, Facultad de Psicología.

Untoiglich, G., Affonso, A., Biancha, C., Collares, C., Geraldi, W., Nunes, R., Terzaghi, M. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Buenos Aires: Noveduc.

Recuperado de:

<https://www.dgeip.edu.uy/documentos/2021/privada/materiales/EnInfanciaDiagnosticosEscribenLapiz.pdf>

Uruguay (2007, diciembre 13). Ley N° 18.211 - Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. IMPO. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Uruguay (2008, diciembre 10). Ley N° 18.426 - Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva. IMPO. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Uruguay (2009, enero 16). Ley N° 18.437 - Ley General de Educación.

IMPO. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18437-2008>

Uruguay (2017, setiembre 19). Ley N° 19.529: Ley de salud mental.

IMPO. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017#:~:text=%2D%20La%20presen%20ley%20tiene%20por,en%20el%20marco%20del%20Sistema>

Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11.

Recuperado de:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

Vega Colmenar, S. (2019). Reforma psiquiátrica y cierre de manicomios ¿dónde están los pacientes? Recuperado de:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36675/TFG-H1531.pdf;jsessionid=81F7367871C6630AC2E6AA57AC6E6BC7?sequence=1>

Vescio, J. M. (2022). *Estrategias de educación sexual en adolescentes con TEA: derribando mitos* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología). Recuperado de:

<https://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/9859>

World Association for Sexual Health (2015). Declaración de los Derechos Sexuales.

Recuperado (en español) de:

https://www.worldsexualhealth.net/_files/ugd/793f03_62c774146e144f13900d8ee96d4ca98d.pdf?index=true

Anexo

Derechos Sexuales, por la Asociación Mundial de Salud Sexual:

https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2023/07/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf

Material Audiovisual sobre Consentimiento:

<https://youtu.be/BuuyajcFC4?si=QysV3mNWoGtDUB7X>