



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



TRABAJO FINAL DE GRADO

Proyecto de Investigación

Adolescencia y toma de decisiones en salud sexual y reproductiva: estudio sobre los criterios de evaluación de la autonomía y madurez según profesionales de la salud.

Camila Silva

Montevideo, Julio 2025

Tutora: Prof. Dra. Alejandra López Gómez

Revisor/a: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

Resumen

El proyecto tiene por objetivo describir y analizar los criterios técnicos utilizados por profesionales de la salud en Uruguay para evaluar la madurez y la autonomía progresiva de adolescentes en la toma de decisiones reproductivas, especialmente en relación con la continuidad o interrupción del embarazo.

A pesar de que en Uruguay existen leyes, marcos normativos y guías clínicas que reconocen la autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes, se han observado diferencias en los criterios utilizados por los profesionales que atienden adolescentes en los servicios del sistema nacional integrado de salud.

El estudio se enmarca desde una perspectiva de derechos humanos, reconociendo a la adolescencia como una etapa compleja, considerando su condición de sujetos de derechos, su protagonismo y capacidad relativa para la toma de decisión.

Se propone un diseño transversal y descriptivo con base al método Delphi complementado con un grupo focal convocando a expertos/as en salud sexual y reproductiva. Se busca aportar evidencia que permita mejorar la calidad e integralidad de la atención y contribuir al fortalecimiento de las políticas públicas así como al desarrollo de protocolos institucionales que orienten la práctica clínica.

Palabras clave: Adolescencia, Autonomía progresiva, Toma de decisiones, Madurez, Salud sexual y reproductiva, Profesionales de la salud, Evaluación

Abstract

The project aims to describe and analyse the technical criteria used by health professionals in Uruguay to assess the maturity and progressive autonomy of adolescents in reproductive decision-making, especially in relation to the continuation or interruption of pregnancy.

Although Uruguay has laws, regulatory frameworks and clinical guidelines that recognise the progressive autonomy of children and adolescents, differences have been observed in the criteria used by professionals attending adolescents in the services of the national health system.

The study adopts a human rights framework, acknowledging adolescence as a complex stage in life. It recognises adolescents as rights-holders, emphasising their active role and the decision-making capabilities progression.

The design is transversal and descriptive, and is based on the Delphi method, complemented with a focus group of experts in sexual and reproductive health.

The objective is to furnish substantiated evidence to enhance the quality and comprehensiveness of care, and to contribute to the strengthening of public policies as well as to the development of institutional protocols to guide clinical practice.

Key words: Adolescence, Progressive autonomy, Decision making, Maturity, Sexual and reproductive health, Health professionals, Evaluation

1. Fundamentación

La salud sexual y reproductiva (SSR) de los y las adolescentes es una dimensión relevante para su salud y bienestar integral. En especial el embarazo no intencional en la adolescencia es considerado un importante problema en salud pública tanto a nivel nacional como internacional. Durante más de diez años, específicamente en Uruguay, los niveles de fecundidad en la adolescencia han permanecido persistentemente altos (López Gómez et al., 2021)

El Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (CEPAL, 2013), sintetiza los principales objetivos en torno a este tema. Tiene como objetivo la integración de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos, lo cual se considera clave para el programa de acción que se establece en La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD-EI Cairo, 1994).

El documento parte de un diagnóstico de las problemáticas sociales relacionadas con los altos niveles de desigualdad en la región que se expresa en embarazos en la adolescencia tanto en menores de 15 años como entre quienes tienen entre 15 y 19 años. Resalta la necesidad e importancia de garantizar acceso universal a los servicios de SSR, reconociéndolos como esenciales para el cumplimiento y goce de otros derechos fundamentales. Bajo esta perspectiva se promueve el compromiso de proveer y garantizar programas de SSR integrales y de calidad para los adolescentes y jóvenes, además de acceso a métodos anticonceptivos e información sin discriminación y respetando la confidencialidad, para así evitar embarazos tempranos, no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Las intervenciones deben cumplir con un enfoque y perspectiva de derechos, de género, de integración e interculturalidad, para así generar vidas sexuales responsables, placenteras y saludables (CEPAL, 2013).

En este marco, se reconoce a los/as jóvenes y adolescentes como sujetos de derecho y a su vez, actores del desarrollo. Por ende, resulta fundamental asegurar que se implementen programas de educación sexual integral donde se enfatice y respete la autonomía progresiva de los/as jóvenes, para que puedan tomar decisiones informadas.

Más allá de estos lineamientos, en América Latina y el Caribe mayoritariamente no se considera que los/as adolescentes puedan decidir sobre asuntos relativos a su salud sin la aprobación de padres, madres o tutores, y únicamente comienzan a considerarse más autónomos en el rango de 16 a 18 años. Al establecer una edad mínima legal para tomar estas decisiones, garantizan la protección de derechos y evitar que los/as jóvenes sean

evaluados por factores como su origen sociocultural o su desarrollo físico (Rodríguez Quiroga et al., 2020).

La toma de decisiones reproductivas en la adolescencia es un proceso complejo que implica una serie de factores biológicos, psicosociales y culturales. Uruguay cuenta con El Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) desde el 2004 (Ley 17.823), que deja de lado la visión adultocentrista, usualmente instalada en el área de la salud, y trae consigo el paradigma que implica dar lugar a los niños/as y jóvenes a que ejerzan sus derechos como ciudadanos, donde se establece el interés superior del niño y se define el concepto de autonomía progresiva (Centurión & Pivel, 2023)

Si bien hay protocolos y guías generales sobre atención a la salud reproductiva adolescente en nuestro país, la evaluación de la madurez y autonomía para la toma de decisiones reproductivas, continúa siendo un aspecto de debate entre profesionales puesto que cada uno desarrolla su práctica profesional de acuerdo a ciertos principios éticos y valores.

La ausencia de criterios técnicos claros y consensuados puede llevar a decisiones técnicas subjetivas y potencialmente sesgadas, desestimando las características propias del desarrollo, afectando el derecho de los/las adolescentes a la autonomía y a una atención integral de calidad (Todres & Díaz, 2017).

La valoración de la madurez en adolescentes es también considerada un problema ético (Martín Badia, 2021), donde los profesionales de la salud deben tomar una posición que esté a la altura de la complejidad de las diferentes circunstancias, donde exista una escucha activa y empática, confidencialidad, respeto, diálogo, receptividad y no existan actitudes rígidas o impositivas; siendo el objetivo fomentar personas y decisiones autónomas, comprometidas y responsables (Martínez González, 2013).

Según lo investigado, hay una carencia de instrumentos que evalúen las capacidades del paciente, en especial cuando se trata de adolescentes (Rodríguez Quiroga et al., 2020). En consecuencia, existe una complejidad en determinar los criterios o indicadores, a nivel no solo conceptual, sino metodológico para la valoración de la madurez y autonomía progresiva.

Generar conocimiento sobre esta dimensión de la práctica sanitaria es beneficioso para darle más visibilidad a las problemáticas sociales que atraviesan las adolescencias, promoviendo una participación activa en la toma de decisiones y a su vez a impulsar diseños de servicios de salud, con compromiso, educación y empoderamiento (Martín Badia, 2021).

Este proyecto tiene como objetivo describir los criterios utilizados por los y las profesionales de la salud en Uruguay al evaluar la madurez y la autonomía progresiva en adolescentes para la toma de decisiones reproductivas sobre continuación o interrupción de un embarazo. El propósito es contribuir con el estudio de la SSR en adolescentes en relación a la toma de decisiones, puesto que el estudio y entendimiento de dichos criterios puede generar insumos para mejorar la calidad de la atención en salud reproductiva.

2. Antecedentes y consideraciones teóricas

El proyecto se enmarca en el campo de la psicología de la salud, en tanto subdisciplina aplicada a los diversos componentes del comportamiento humano en los procesos de salud-enfermedad y de la atención en salud. La psicología de la salud se enfoca en los procesos psicológicos que influyen en la determinación del estado de salud y en la condición de enfermar. Asimismo, da valor e importancia a las circunstancias interpersonales existentes en la prestación de los servicios de salud, incluyendo las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención a personas enfermas o con secuelas, así como la mejora de la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los usuarios (Morales Calatayud, 2009). De esta forma, brinda una perspectiva integral de la salud, entendida como el equilibrio entre lo biológico, lo psicológico, lo ambiental, los estilos de vida, sistemas de salud, etc., atravesado a su vez por factores socio-económico-político-culturales (Morales Calatayud, 2009).

La adolescencia en tanto etapa de la vida, es una construcción social y que surge como concepto con la modernidad, se construye según la época y el contexto, y se remonta a la necesidad de crear un momento vital de pasaje entre la infancia y la adultez (Lopez Gómez, Amorín, Benedet, Carril, Celiberti, Güida, & Parra, 2005); es por esto que no existe un criterio único sobre la edad de comienzo y finalización.

La Organización Mundial de la Salud (1979) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, las cuales se dividen en adolescencia temprana como el proceso transcurrido de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años.

En la adolescencia temprana se manifiestan los primeros cambios biológicos de la pubertad, los/as adolescentes comienzan a experimentar la adaptación a un nuevo cuerpo, lo que influye notablemente en su imagen corporal y, por ende, en su autoestima. A nivel cognitivo, el pensamiento sigue siendo concreto y se identifica por una tendencia hacia la impulsividad, lo que se refleja en ocasiones en la toma de decisiones rápidas y a veces irreflexivas. En lo que respecta a lo familiar, se observa una fase de ambivalencia y

separación, ya que se inicia una búsqueda de autonomía, aunque todavía se mantiene una fuerte dependencia emocional de los padres. La interacción social en esta etapa tiende a ser principalmente con el grupo de pares del mismo sexo, y las opiniones de estos y de los medios de comunicación comienzan a tener una influencia significativa en la formación de su identidad (Aberastury & Knobel, 2010).

A medida que se avanza hacia la adolescencia tardía, se completan los cambios físicos propios de la pubertad y una aceptación de la imagen corporal. Desde un punto de vista cognitivo, los adolescentes comienzan a desarrollar el pensamiento operativo formal, lo que les permite razonar de manera más lógica y desarrollar capacidades hipotético-deductivas. A su vez, se profundiza en la exploración de la personalidad, la orientación sexual y la definición de roles sociales, logran generar su propia escala de valores y se consolida el desarrollo moral.

En lo familiar se produce un mayor acercamiento en comparación con la etapa anterior, y se tiene mayor capacidad para sostener relaciones interpersonales, donde aparecen también las parejas y noviazgos (Aberastury & Knobel, 2010).

La diversidad y complejidad de cambios suscitados en esta etapa de la vida genera una inestabilidad momentánea y es lo que luego potenciará la búsqueda de las diferentes formas de vivir, sentir y situarse, alejadas de la etapa infantil que es dejada atrás.

El desarrollo de la adolescencia no solo abarca transformaciones biológicas y psicológicas, sino que también se enmarca dentro de un contexto social y cultural que influye profundamente en la formación de la identidad y el comportamiento, lo que subraya la importancia de abordarla desde una perspectiva integral que considere todas sus dimensiones.

Es una etapa única y formativa en el desarrollo vital de las personas, caracterizada por cambios acelerados. Por lo tanto, es fundamental promover y velar por sus derechos, procurando disminuir factores de riesgo que puedan afectar la capacidad para desarrollar todo su potencial, tanto para su bienestar presente, como para su salud física y mental en la edad adulta (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Es necesario entender y reconocer la situación de la población adolescente en la actualidad y ser conscientes de que se trata de un grupo heterogéneo y diverso, puesto que los cambios como la globalización y modernización han traído consigo importantes transformaciones sociales y culturales, las cuales les afectan directamente (Aguirre, 2023 p.28).

A través de los años, la posición que se les asigna a los adolescentes en la sociedad ha variado considerablemente y la percepción social sobre la adolescencia ha experimentado

transformaciones significativas. La forma en que se interpreta su rol en el contexto social, así como las categorías con las que se les define, tienen un impacto directo en su vida.

Se pueden identificar tres paradigmas sobre la adolescencia que coexisten en el imaginario colectivo y en las políticas sociales relacionadas (Krauskopf, 2000).

Los paradigmas tradicionales destacan a la adolescencia como un periodo preparatorio, de transición entre la niñez y la adultez, teniendo como único objetivo alcanzar la consolidación del desarrollo devenido en adulto. Este paradigma se basa en la idea de que son carentes de madurez social, y por tanto limita su participación y derechos.

Los paradigmas transicionales enfatizan la juventud como etapa problema y de crisis. Es percibida como una fase de vulnerabilidad, caracterizada por la manifestación de conductas impulsivas y riesgosas; siendo los problemas de SSR los primeros en dar preocupación y posicionar a los adolescentes como un grupo prioritario en las políticas de salud. Esto puede considerarse como enfoque basado en la enfermedad y en el control, lo que produce estigmatizaciones y criminalización.

Por último, los paradigmas avanzados reconocen a los y las adolescentes como ciudadanos y actores estratégicos del desarrollo. Parten de un enfoque de derechos y estrategias de atención integrales y participativas, de promoción y prevención de salud. Se los reconoce como sujetos, con capacidad para intervenir y ser partícipes de forma protagónica en el presente, donde poder construir su calidad de vida y la de la comunidad (Krauskopf, 2000).

En este sentido, se busca describir cómo los profesionales de la salud valoran la madurez frente decisiones, en el marco de las distintas concepciones paradigmáticas sobre la adolescencia, promoviendo la construcción de estrategias acordes con un enfoque de derechos y a contextos sensibles.

Toma de decisiones sexuales en la adolescencia

La adolescencia es una etapa en la que los sujetos se enfrentan por primera vez a diversidad de experiencias. Entre ellas la responsabilidad de tomar decisiones que conllevan consecuencias considerables para su salud como las relativas a decidir acerca de tener relaciones sexuales, los métodos anticonceptivos, las relaciones de pareja, el embarazo o el aborto (Vargas Trujillo et al. 2007).

Para entender esta problemática, se debe considerar el alcance del término decisiones sexuales, entendidas como

“(…) las capacidades subjetivas y condiciones sociales que tienen las personas para adoptar y negociar medidas que les permita ejercer su derecho a una vida sexual y reproductiva placentera, libre de discriminación y violencia. Para ello se requiere de un conjunto de condiciones de acceso a poder y recursos materiales y simbólicos que contribuya a procesar y efectivizar esas decisiones” (Brunet et al., p.19).

Para que esto se cumpla deben existir garantías para que las personas puedan ejercer sus derechos de forma equitativa, debe existir la libertad para poder decidir y que la justicia ampare estas decisiones y sean respetadas.

Las investigaciones realizadas acerca de la SSR de adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos humanos muestran que la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones autónomas en SSR está influenciada por una variedad de factores (Peláez Mendoza, 2008). Estos incluyen, entre otros, su nivel de desarrollo cognitivo, su madurez emocional, su acceso a información precisa y confiable, el apoyo familiar y social, y las normas culturales prevalecientes. Un análisis de estos factores es crucial para una evaluación justa y equitativa de la madurez decisional.

La toma de decisiones en la adolescencia constituye un proceso complejo que requiere un análisis profundo. Si bien se han realizado avances en la investigación y comprensión en este ámbito, persiste cierta falta de estudios en relación con la toma de decisiones sexuales y reproductivas en el contexto de la desigualdad socioeconómica familiar (Brunet et al., 2019).

Disciplinas como la neurociencia y la psicología cognitiva han demostrado que durante esta etapa se producen cambios estructurales y funcionales en el cerebro, lo cual afecta ciertas áreas implicadas en el procesamiento de las recompensas sociales y ambientales y, en consecuencia, modifican el proceso de toma de decisiones potencialmente riesgosas para la salud y bienestar.

A su vez, estos cambios ocurren en un contexto de discrepancia entre el desarrollo sexual y la madurez cognitiva y emocional. Es precisamente en estas edades cuando se observa un aumento significativo de la actividad sexual, lo que puede llevar a tomar decisiones impulsivas. Asimismo, el entorno social, especialmente las figuras adultas cercanas, influye en el inicio de las relaciones sexuales. Al mismo tiempo, los vínculos con los pares desempeñan un papel clave en el desarrollo de funciones ejecutivas y en la predisposición a conductas de riesgo. En este sentido, la toma de decisiones se ve condicionada por el contexto social, así como por factores cognitivos y emocionales (Brunet et al., 2019).

Sin embargo, el enfoque del “Modelo del sistema dual” plantea que las dificultades en adolescentes para tomar decisiones consideradas adecuadas no depende exactamente de su inmadurez cognitiva o un menor nivel de raciocinio, sino de un desequilibrio entre el procesamiento emocional y racional de las situaciones. La inmadurez característica de esta etapa existe por la interacción entre sistemas neuronales con distintos grados de desarrollo, uno de ellos emocional y orientado a la búsqueda de recompensas, y otro orientado a lo lógico y racional (Steinberg, 2009, como se citó en Broche-Pérez & Cruz-López, 2014).

En la etapa de la adolescencia aparecen conductas de riesgo tales como actos vandálicos, consumo de drogas, relaciones sexuales desprotegidas, entre otras. Según este modelo, estos comportamientos surgen porque el sistema de control cognitivo no maduró completamente y el sistema socioemocional sí, lo que explica la complejidad que se tiene a la hora de regular los comportamientos y la intensidad emocional que los motiva (Broche-Pérez & Cruz-López, 2014).

Particularmente en la toma de decisiones que compete al ámbito de la SSR, hay que tener en cuenta las cogniciones que los mismos jóvenes han construido con respecto a sí mismos y la sexualidad, puesto que las mismas entran en juego a la hora de actuar (Vargas Trujillo, Henao, & González, 2007).

Autonomía progresiva y menor maduro:

El concepto de madurez adquiere relevancia en el ámbito de la salud, puesto que los profesionales enfrentan desafíos para evaluar la misma y determinar en qué medida un adolescente muestra condiciones para tomar ciertas decisiones sobre su salud y tratamientos médicos, sin requerir el consentimiento de un adulto o tutor responsable.

La importancia de incentivar la madurez en personas menores es una idea moderna, no fue hasta el siglo XX donde se comenzaron a promulgar derechos a las infancias y adolescencias. Surgen en esta época también ideas y teorías acerca de la atribución de madurez teniendo en cuenta no solo el desarrollo individual de cada niño, sino también las diferencias contextuales y de género (Martín Badia, 2021).

Los términos madurez, competencia y autonomía suelen utilizarse de forma indistinta, aunque no son equivalentes. Según Martín Badia (2021), la *madurez* es la capacidad de reflexionar y crear juicios morales en función de los principios de uno mismo, entender por qué se hacen las cosas. La *competencia* es actuar de forma coherente conforme a estos juicios morales, es decir transformarlos en conducta. La autonomía, por otra parte, es el resultado de las anteriores: un individuo es *autónomo* cuando logra en todos los ámbitos de la vida actuar de forma coherente con sus juicios morales y esa conducta es un hábito.

Por practicidad suele utilizarse el término autonomía en sentido legal y madurez en sentido psicológico y moral.

Lawrence Kohlberg (1992) describió la madurez como un proceso progresivo, y elaboró una teoría del desarrollo moral, universal y generalizada de cómo los adolescentes pasan por diferentes fases.

La fase pre-convencional se relaciona con el nivel menos maduro de razonamiento y pensar en base a los propios intereses. La siguiente fase, denominada convencional, se basa en el mantenimiento de normas, donde entienden la perspectiva social y se conforman con las

normas sociales y lo establecido. Por último, en la fase pos-convencional o realmente madura se logra enjuiciar las normas y convenciones sociales a partir de principios éticos universalizables. Es decir se produce el paso de una moral heterónoma a una moral autónoma (Martínez González, 2013). De igual manera, según Kohlberg sólo un número reducido de adultos alcanza la etapa pos-convencional, porque el hecho de lograrlo está determinado por la experiencia y el entorno.

El desarrollo moral alcanza un grado de madurez alto a los 16 años. Por ello, en varios países, las leyes sobre estas temáticas tienen este rango de edad (Pliego Pilo et al., 2006). Esta perspectiva, aunque muy establecida, fue cuestionada por Carol Gilligan quien criticó la visión androcéntrica de Kohlberg, y diferenció razonamientos entre hombres y mujeres, por lo que propuso un esquema de fases del desarrollo moral de la “ética del cuidado”, asociado al género femenino, a diferencia de la “ética de la justicia” de Kohlberg, relacionada con una modo de pensar patriarcal (Martín Badia, 2021).

La necesidad de determinar el grado de madurez no es únicamente para el ámbito legal, sino que también tiene una dimensión bioética. Es responsabilidad compartida del equipo de profesionales asegurar que, en la atención del paciente, se respete la autonomía y la competencia para otorgar consentimientos informados. Esto implica la habilidad de discernir sobre los hechos que pueden afectarlos, tomar decisiones conociendo lo que está en juego, las posibles opciones y las consecuencias que pueden afectar la vida del/de la joven a nivel corporal y psicológico (Berro Rovira, 2001).

El concepto de *menor maduro* surge precisamente como respuesta a la necesidad de reconocer a los/as adolescentes que poseen las competencias para tomar decisiones sobre su salud. Se basa en el respeto a los derechos civiles e independientemente de si se ha llegado a la mayoría de edad o no, se reconoce la capacidad de obrar legal del menor y ser oído en la medida de su madurez (Riaño Galán, 2021).

Algunos autores se oponen a la doctrina del menor maduro, argumentando que los adolescentes no son capaces de tomar decisiones con la misma madurez que los adultos, dado que su córtex prefrontal aún no está completamente desarrollado (Cherry, 2013; Partridge, 2013, 2014, como se citó en Badia, 2021). Sin embargo, la noción de menor maduro no afirma que todos los adolescentes sean maduros o sean maduros como un adulto, sino que reconoce la posibilidad de que, en determinados contextos y con la información adecuada, algunos puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas.

En este contexto, la *autonomía progresiva* se vuelve un principio ético y legal fundamental, que debe respetarse como parte del ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA). Se debe velar por su autodeterminación teniendo en cuenta la

comprensión de las situaciones a las que se enfrenten y bajo el acompañamiento de adultos, sin dejar de priorizar su libertad y decisión (Lombardo et al., 2023). La autonomía personal va aumentando progresivamente a medida que el niño crece, manifiesta el principio de libertad y valida las manifestaciones de la voluntad en los menores de 18 años para ejercer sus derechos y asumir responsabilidades; todo esto amparado legalmente (IDISU, 2012). Martínez González (2013) nos plantea el concepto de *autonomía moral*, a la que deben llegar los adolescentes, es decir el conocimiento de las normas, tener criterios propios y en base a ellos tomar decisiones, no solo según lo aprendido sino de lo elegido.

Para los profesionales de la salud la evaluación de este proceso es un desafío, quienes deben ser capaces de identificar, más allá de la edad, los niveles reales de madurez y autonomía de cada adolescente. Se han realizado esfuerzos para encontrar y desarrollar herramientas que permitan evaluar o valorar la madurez y la capacidad. Ejemplos de esto son “La escala de competencia de Lleida”, que facilita la medición de la madurez y utiliza los conceptos de Kohlberg; también existen escalas que miden la ponderación del riesgo de la decisión como la “escala móvil de competencia de Drane” (Riaño Galán, 2021).

Teniendo en consideración la multiplicidad de factores que influyen y explican la toma de decisiones, resulta fundamental considerar cómo los profesionales de la salud evalúan la madurez y la autonomía progresiva de los adolescentes al momento de tomar decisiones en torno a su SSR. Algunos estudios evidencian que la atención brindada a los adolescentes está, en ocasiones, influida por sesgos implícitos de los profesionales de la salud. Las valoraciones se sustentan tanto en criterios clínicos como en la subjetividad, creencias de los profesionales y limitaciones institucionales, lo que impacta significante en la toma de decisiones, en el asesoramiento que se brinda, y en la calidad y equidad de la atención prestada a los pacientes (Job, Adenipekun, Cleves, Gill, & Samuriwo, 2024).

En este contexto, en Argentina se realizó un proyecto que propone adaptar al español un instrumento que permite estimar habilidades vinculadas a la toma de decisiones en salud: el MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T), adaptado para niños y adolescentes (Rodríguez Quiroga, Bongiardino, Borensztein, Botero, Crawley, Vázquez, & Aufenacker, 2020).

MacCAT-T es el instrumento más utilizado para evaluar la capacidad de los pacientes, en este caso adolescentes, para comprender un diagnóstico y consentir un tratamiento. Aunque sea una herramienta sumamente importante por su objetividad, validez y fiabilidad, no debe dejarse de lado al evaluar la toma de decisiones lo que concierne a la historia, los valores, significados y emociones del individuo. El MacCAT-T consiste en una entrevista

semiestructurada que evalúa cuatro dimensiones del proceso decisional: comprensión de la comunicación, apreciación, razonamiento, elección y la capacidad de fundamentarla. Se evalúan de una escala que va de 0 a 2 (siendo 0 - No responde o da una respuesta diferente; 1 - Parcialmente correcto; 2 - Completamente correcto), los puntajes obtenidos son orientativos y los asigna el entrevistador. Este instrumento es útil para complementar el juicio clínico al valorar la madurez y la capacidad cognitiva de los adolescentes para tomar decisiones respecto a su salud.

La adaptación del MacCAT-T representa un avance en la posibilidad psicométrica de establecer criterios objetivos para la evaluación de la madurez y comprensión en la toma de decisiones.

Por su parte, Díaz Pantoja (2023) desarrolló una investigación para avanzar en el fortalecimiento de herramientas de evaluación de capacidad y madurez en el ámbito sanitario para NNA, que disminuyan el riesgo de desigualdades, juicios de valor o decisiones intuitivas por parte de los profesionales de la salud, por ausencia de formación específica y de instrumentos estandarizados.

La autora enfatiza que, por la carencia de criterios formales estandarizados, las decisiones de los NNA suelen juzgarse en función de la coincidencia o no con el sistema de valores del profesional de salud, más que por sus competencias cognitivas, emocionales y morales. Propone un modelo proyectivo que consta de dos herramientas claves: La escala móvil de capacidad de Drane y el MacCAT-T.

La escala móvil de Drane es un sistema que adapta el nivel de capacidad requerido en función del riesgo y la complejidad de la decisión médica, de modo que, a mayor riesgo, mayor es la capacidad requerida. Establece tres niveles: estándar bajo para decisiones poco riesgosas que requieren conciencia mínima; estándar medio, para situaciones más complejas que implican comprender riesgos y beneficios; y estándar alto, para decisiones más riesgosas que necesita una capacidad avanzada que combine aspectos técnicos, emocionales y cognitivos.

Esta escala ha recibido críticas por ser considerada paternalista hacia el ejercicio de la autonomía de los pacientes. Sin embargo, en el caso de NNA, su aplicación por parte de los profesionales, articulada con principios de beneficencia y autonomía, puede justificarse debido a su proceso de autonomía y desarrollo progresivo. De este modo, se busca prevenir daños irreparables e irreversibles derivados de estas decisiones.

Esta herramientas reconoce que las capacidades varían según la edad y madurez. En el caso de adolescentes, se tiene en cuenta factores como el bajo control de impulsos, la elevada búsqueda de sensaciones y la influencia del entorno social, lo que puede llevar a

tomar decisiones de salud riesgosas. Por ello, se desprende la necesidad de ajustar el nivel de exigencia de capacidad en función del riesgo asociado a cada decisión.

La entrevista semiestructurada del MacCAT-T se utiliza para brindarle información médica al paciente mientras que paralelamente se evalúa su capacidad y madurez para aceptar o rechazar ciertos tratamientos, a través de cuatro criterios: comprensión, razonamiento, apreciación y expresión de una decisión. La entrevista consta de una preparación por parte del profesional, donde organiza la información que brindara, la entrevista en sí donde se comunica lo anterior de forma adaptada al nivel verbal y cognitivo del paciente; y por último la evaluación donde se evalúa la capacidad del paciente.

El modelo proyectivo que se propone combina las herramientas anteriormente mencionadas para establecer escenarios según el tipo de decisión médica y el nivel de capacidad requerido. Aunque el MacCAT-T no pretende obtener una puntuación global, el modelo que se plantea si lo hace, vinculando el riesgo de la decisión determinado por la Escala móvil de competencia de Drane.

El conjunto del MacCAT-T y la escala de Drane permitirá proyectar con mayor precisión el grado de madurez y autonomía de NNA para tomar decisiones sanitarias, lo que daría como resultado una atención más equitativa, ética y respetuosa con sus derechos.

No obstante, es imprescindible la realización de investigaciones más profundas sobre esta problemática, que permitan establecer orientaciones y regular criterios claros sobre la capacidad y madurez de los NNA en la toma de decisiones.

A pesar de los avances normativos y del desarrollo de instrumentos como el MacCAT-T y la Escala de Drane, en Uruguay aún no existen criterios estandarizados ni protocolos efectivamente unificados para evaluar la autonomía progresiva y madurez en adolescentes. La valoración parece depender del criterio clínico personal del profesional o del equipo, atravesado por representaciones sociales, creencias y condicionamientos institucionales. Esto genera heterogeneidad en las prácticas y potenciales desigualdades en el acceso a la atención.

Si bien se reconocen herramientas de apoyo como equipos de salud mental y equipos interdisciplinarios que actúan en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), no se cuenta con instrumentos específicos para la evaluación de la madurez y la autonomía progresiva; lo que incrementa la subjetividad en las decisiones y recomendaciones técnicas.

Estas brechas refuerzan la necesidad de indagar cómo los profesionales valoran actualmente en nuestro país la madurez y la capacidad decisional en el ámbito de la SSR. En este escenario, también constituye una brecha el desconocimiento sobre si los profesionales aceptan y consideran pertinente el uso de herramientas estandarizadas, y a quien del equipo atribuir dicha responsabilidad.

3. Problema de investigación

Uruguay cuenta con el Código de la niñez y la adolescencia promulgado a través de la Ley 17.823 (IMPO, 2004), donde se establecen normas para la protección integral de niños, niñas y adolescentes, garantizando el pleno goce de sus derechos. Derechos que se articulan en base a cuatro principios fundamentales: la no discriminación, el interés superior de niños/as y adolescentes, el derecho a la vida y el desarrollo y el respeto a la participación (Centurión & Pivel, 2023).

El Código aplica a todas las personas menores de 18 años y determina que son adolescentes las personas mayores de 13 años y menores de 18 años de edad. El artículo 12 de la Convención sobre los derechos de los niños, ratificada en el Código nacional, establece que los estados deben asegurar que los menores capaces de formar su propio criterio puedan expresar libremente sus opiniones sobre cualquier asunto que les afecte. Estas opiniones deben ser consideradas cuidadosamente, teniendo en cuenta la edad y madurez del niño.

Dentro del rango de edad establecido en el Código, los adolescentes pueden, en determinadas circunstancias, iniciar procesos de toma de decisiones autónomas en materia de salud, sin la necesidad de contar con el consentimiento explícito de padres, madres o tutores legales.

Esta situación presenta una complejidad inherente, generando desafíos tanto para los propios adolescentes en el ejercicio de sus derechos, como para los sistemas de salud encargados de garantizar el acceso a servicios adecuados y respetuosos con su autonomía progresiva.

Según la Encuesta Nacional De Adolescencia y Juventud realizada en Uruguay en el año 2018, la vida sexual de las y los adolescentes inician en promedio a los 16 años. Ese año, se registró que los varones tuvieron su primera relación sexual, en promedio, a los 15 años, mientras que las mujeres a los 16 años. Solo un 26,5% de la población encuestada consultó en servicios de salud por temas relacionados con la vida sexual (ENAJ, 2018). En el ámbito de la SSR existe en Uruguay la Ley N° 18426 (IMPO, 2008), ley sobre salud sexual y reproductiva, que tiene como objetivo garantizar que el Estado promueva las condiciones necesarias para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Dicha ley también establece consideraciones específicas para NNA, en concordancia con lo dispuesto por el Código.

El artículo 11- Bis del Código de la Niñez y la Adolescencia, establece que todo niño/a o adolescente tiene derecho a la información y acceso a servicios de SSR. Siendo los profesionales de la salud los responsables de brindarles la mejor atención y tratamiento posibles, asegurando la confidencialidad. Asimismo, de acuerdo a la edad del sujeto, las

decisiones sobre prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos deben ser tomadas en conjunto con sus padres u otros adultos de su confianza, pero siempre debiendo considerarse y respetarse la autonomía progresiva de los mismos.

Por su parte, el artículo 24 del Decreto 274/010, reglamentación de la Ley N° 18.335 (IMPO, 2008) sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, establece que las decisiones relativas a la atención de la salud de niños/as y adolescentes, incluyendo los métodos de prevención de la salud sexual, deben adoptarse en conjunto con sus padres o adultos responsables. No obstante, tratándose de adolescentes, pueden llevarse a cabo las decisiones y el consentimiento informado respecto a determinadas situaciones sin la autorización de padres o tutores, si el profesional de la salud tras evaluar su madurez y desarrollo cognitivo, considera que el adolescente posee la capacidad suficiente para ejercer su derecho a consentir (Torrado, 2014).

Esto surge de reconocer que los adolescentes pueden en ciertos casos actuar y pensar con mayor madurez, puesto que sus aptitudes aumentan, por ende deben integrar su opinión en la toma de decisiones sobre sus tratamientos.

Para que esto pueda llevarse a cabo, el profesional debe valorar en todos los casos el grado de madurez, competencia y capacidad del menor, para así plantear y delimitar la situación, discutir e informar sobre las opciones para su solución y las consecuencias que pueden existir.

En el ámbito sanitario y jurídico, existe el concepto “menor maduro”, se utiliza para hablar de los adolescentes que tienen la madurez suficiente para tomar decisiones a pesar de su minoría de edad. Se basa en el ejercicio de la capacidad y la voluntariedad.

La capacidad está relacionada con la madurez del adolescente, su comprensión de la situación y la aptitud para tomar una decisión informada, lo que implica que entiende las posibles opciones y consecuencias, previamente explicadas por un profesional. La capacidad es una presunción, por consiguiente, si se demuestra que el menor no es lo suficientemente maduro para tomar la decisión esto podría quedar anulado. Por su parte, la voluntariedad se basa en el consentimiento o aprobación del adolescente, y se busca que este pueda manifestar su opinión (Torrado, 2014).

En Uruguay, según un informe del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva (MYSU, 2010), al presentar a profesionales de la salud la afirmación “actualmente, si una adolescente se embaraza es porque quiere”, seis de cada diez estuvieron en desacuerdo, principalmente psicólogos, médicos de familia, parteras y profesionales jóvenes. Destaca el número de profesionales que estuvieron de acuerdo con esta afirmación, lo que refleja una falta de consenso y revela posibles creencias no técnicas

que podrían ser un sesgo en la evaluación de madurez y autonomía para la toma de decisiones en adolescentes.

Asimismo, uno de cada dos profesionales con bastos años de ejercicio en su respectiva profesión cree que jóvenes de hogares pobres dan inicio a su vida sexual antes que jóvenes de otros sectores socioeconómicos (MYSU, 2010, p. 58). Si bien puede existir una correlación estadística, asumir la pobreza como única y principal causa es una generalización discriminatoria que invisibiliza otros factores. Los profesionales de la salud, en teoría, no deben tener ideas preconcebidas ni estereotipos; esto puede derivar en tratos estigmatizantes y asesoramientos de menor calidad.

En lo que respecta a las posturas y percepciones sobre el aborto voluntario las profesionales mujeres tienden a justificar mas esta decisión en casi todas las circunstancias en comparacion con los hombres.

Además, los profesionales que participaron sin creencias religiosas muestran una mayor justificación de la decisión de abortar en general, a diferencia de aquellos con creencias religiosas, de los cuales solo la mitad lo justifica (MYSU, 2010, p. 62).

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es legal en Uruguay desde 2012 bajo ciertas circunstancias, por la Ley N° 18.987 (IMPO, 2012). El artículo 7 incluye el consentimiento de las adolescentes menores de 18 años. Se establece que cuando una adolescente asiste al servicio de salud por este motivo, los profesionales deben considerar primeramente la autonomía progresiva y la confidencialidad de la consulta. De acuerdo a la edad, un equipo interdisciplinario, se encarga de evaluar si la adolescente es capaz de tomar decisiones autónomas y dar su consentimiento. De ser así el proceso puede llevarse a cabo, y los profesionales solo pueden dar aviso a los padres o tutores si la menor se los permite. En el caso de determinar que la adolescente no logra un grado de madurez para dar un consentimiento válido para la interrupción del embarazo, el equipo podrá notificar a sus padres o tutores para consultar con los mismos; igualmente, sin dejar de lado la opinión de la joven. Si no hay un acuerdo de ambas partes puede solicitarse la intervención de un juez (MSP, 2013, p. 84).

Siempre debe predominar la autonomía progresiva de la paciente, donde se habilite la comunicación, confidencialidad, privacidad, y se aconseje que lo deseable es que transite el proceso acompañada.

Uruguay ha definido políticas de SSR para prevención y atención de embarazo en adolescentes que incluyen Mapas de ruta, con el objetivo de orientar un accionar estratégico hacia ciertas situaciones complejas (MSP, 2020). Estas políticas orientan el rol del profesional y plantean recomendaciones de cómo deben ser los servicios brindados.

El mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo (MSP, 2019) es una herramienta para profesionales y equipos de diversos sectores, especialmente de la salud, donde se brindan estrategias y direcciones para garantizar una atención integral y pertinente, desde un enfoque de derechos y protección en estos casos tan complejos.

Cuando se constata el embarazo, se les brinda a las adolescentes un espacio de apoyo psicológico, desde un modelo de abordaje y atención psicoemocional; se reflexiona junto a ellas, se asesora, se acompaña y se promueve una toma de decisiones con información y conocimiento de riesgos, este espacio hace hincapié en los casos de jóvenes que viven en un entorno familiar y social de mayor vulnerabilidad (MSP, 2019).

Si bien las diversas leyes, guías y protocolos establecen marcos regulatorios para la evaluación de la madurez y autonomía progresiva de las adolescentes que solicitan IVE, la aplicación de estos marcos presenta una considerable variabilidad en los criterios de los profesionales en cuestión, con presencia de representaciones sociales y sistemas de valores los cuales manifiestan en sus prácticas. La valoración de la madurez suficiente para la toma de decisiones reproductivas en adolescentes depende en gran medida del juicio clínico individual o del equipo, por ende genera heterogeneidad en la práctica y potencialmente desigualdades en el acceso a la atención.

En el año 2024 se llevó a cabo el 2° Encuentro Nacional de Equipos de Salud de Uruguay (ASSE, 2024) para el intercambio de perspectivas y la construcción de lineamientos orientados a mejorar la atención de adolescentes embarazadas desde un enfoque de derechos humanos, equidad de género e intersectorialidad.

En este encuentro se discutió sobre como la mayoría de los embarazos en menores se vinculan a situaciones de abuso sexual y violencia, se alertó sobre los riesgos físicos, emocionales y psicológicos a los que están expuestas, señalando que la falta de acompañamiento representa una vulneración de derechos, equiparables a la tortura (ASSE, INDDHH, 2024 p.9). Simultáneamente, se destacó la necesidad de repensar prácticas que, validadas por el uso del término “adolescente”, tienden a considerar a niñas de corta edad como si contaran con la madurez de una persona adulta, lo que naturaliza situaciones de violaciones de derechos. Se propuso actuar en base a una planificación de acción enfocada en la detección, prevención y abordaje.

Otro eje central debatido fue la importancia de evaluar la autonomía progresiva de manera objetiva, evitando valoraciones condicionadas por subjetividades y decisiones técnico-morales de los profesionales que intervienen. Las objeciones morales, culturales o religiosas de los profesionales no deberían influir o condicionar las decisiones reproductivas sin una mediación objetiva de terceros.

Aunque no hay como tal instrumentos específicos para la valoración de la autonomía progresiva, los equipos de salud disponen de herramientas como grupos de salud mental y aborto, además de escalas de valoración de riesgo que permiten distinguir las capacidades cognitivas.

Se reconoció y destacó las dificultades que atraviesan los equipos de salud ante este tipo de situaciones complejas, la alta carga emocional y responsabilidad, frecuentemente asumidas en soledad, que implica enfrentarse a casos donde niñas o familias deciden continuar con el embarazo.

Por tal motivo, se llamó a construir espacios interinstitucionales de reflexión e instrumentos específicos para valorar riesgos, autonomía, madurez y crear protocolos para mitigar los posibles daños.

Con base a estos antecedentes, este proyecto se centra en describir y analizar los criterios técnicos que utilizan los profesionales de la salud para evaluar la madurez y autonomía progresiva en adolescentes respecto a la toma de decisiones reproductivas sobre embarazo. Tiene por propósito contribuir al desarrollo de intervenciones basadas en evidencias desde las políticas de salud con adolescentes.

4. Objetivos y preguntas de investigación

Objetivo general: Describir y analizar los criterios utilizados por los profesionales de la salud para evaluar la madurez y la autonomía progresiva en adolescentes para la toma de decisiones reproductivas sobre continuación o interrupción de embarazo.	Pregunta principal: ¿Cuáles son los criterios técnicos utilizados por los profesionales de la salud para evaluar la madurez y la autonomía progresiva en adolescentes para la toma de decisiones reproductivas sobre embarazo ?
Objetivos específicos	Preguntas Secundarias
O.E 1: Examinar las actitudes de los profesionales de la salud sobre la madurez y autonomía progresiva en la etapa adolescente para tomar decisiones reproductivas.	P.SEC: ¿Cómo Influyen las actitudes de los profesionales de la salud — entendidas como creencias, valoraciones e inclinaciones cognitivas, afectivas y conductuales que orientan la práctica — sobre el nivel de madurez y autonomía progresiva de un/a adolescente en sus recomendaciones técnicas?

O.E 2: Identificar los factores que los profesionales de la salud toman en cuenta para valorar madurez y autonomía progresiva en adolescentes.	P.SEC: ¿Qué factores consideran los profesionales de la salud: edad, socioeconómicos, situación familiar, nivel educativo, entorno, desarrollo cognitivo-emocional, religión, etc para valorar la madurez y autonomía progresiva?
O.E 3: Ubicar diferencias y coincidencias en los criterios técnicos utilizados por los profesionales de la salud para evaluar la madurez y autonomía progresiva en la toma de decisiones en adolescentes.	P.SEC: ¿Cuáles son las coincidencias y las controversias que se pueden observar en los criterios utilizados por los profesionales de la salud para evaluar la madurez en la toma de decisiones en adolescentes?
O.E 4: Identificar el grado de conocimiento, aceptación y disposición de los profesionales de la salud a utilizar instrumentos estandarizados para la valoración de madurez y autonomía progresiva en adolescentes, así como su percepción sobre la pertinencia y la responsabilidad de su aplicación dentro del equipo	P.SEC: Los profesionales de la salud ¿conocen instrumentos estandarizados como el "MacCAT-T" y la "Escala móvil de Drane" para la valoración de madurez y autonomía progresiva en adolescentes?

5. Abordaje metodológico y diseño

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados, se propone una metodología de enfoque cualitativo, que indaga en las situaciones naturales, utiliza sus datos, para así dar sentido, comprender e interpretar la construcción de los fenómenos en términos de los significados que las personas les otorgan (Vasilachis, 2006). Resulta adecuado ya que permite acceder a la comprensión profunda de los significados y valoraciones de los profesionales en sus prácticas, que no pueden ser captadas en su totalidad mediante una metodología cuantitativa.

A su vez, se trata de un estudio descriptivo y transversal que emplea el Método Delphi, por ser una técnica versátil de recolección y obtención de información basada en la consulta de expertos en una área, sin relación entre sí, con la finalidad de obtener opiniones y/o consenso, mediante una secuencia de preguntas, ítems o cuestionarios. Se aplican cuestionarios individuales, intercalados con retroalimentación controlada de lo expresado, y a partir de una exploración inicial abierta da como consecuencia la construcción progresiva de una valoración consensuada entre los expertos (Reguant Álvarez & Torrado Fonseca, 2016).

Es pertinente utilizar esta técnica ya que nos encontramos frente a una temática compleja, atravesada por la subjetividad y hay cierta incertidumbre para llegar a un acuerdo, es apropiado entonces utilizar el juicio de conocedores del tema, para así aumentar la fiabilidad, superar sesgos, limitaciones y encontrar puntos en común (Reguant Álvarez & Torrado Fonseca, 2016).

Ofrece a su vez ventajas como el anonimato de los participantes, la posibilidad de feedbacks y cambios de opinión, la experiencia de los consultados, que no tiene restricciones de tiempo ni geográficas; además de centrarse en el consenso y no en la competición (Guilabert Mora, 2021 en Tejero González, 2021, p. 55).

La población de estudio está conformada por profesionales expertos en salud sexual y reproductiva de adolescentes, que participen en procesos de atención, orientación y toma de decisiones vinculadas a la salud reproductiva y decisiones reproductivas sobre continuación o interrupción de embarazo. Se convocará a un grupo de entre 100 y 150 expertos en la temática, mediante una invitación formal a través de sociedades científicas, profesionales y académicas relacionadas con la salud de población adolescente.

Se convoca a profesores/as universitarios especializados en salud adolescente, jefes/as de servicios sanitarios, profesionales de la salud que atienden adolescentes y a quienes intervienen en el proceso de IVE y autoridades técnicas del MSP y ASSE. La muestra seleccionada es intencional y heterogénea, para así captar diversidad de perspectivas, roles y trayectorias acerca del tema, y a su vez de expertos para consultar con personas con conocimientos específicos (Reales Chacón et al., 2022).

Para la selección de los expertos/as se definirán criterios de inclusión que aseguren la validez de los perfiles convocados. Se considerará la formación y trayectoria profesional, con un mínimo de 5 años de experiencia en SSR de adolescentes; así como la experiencia específica en atención, orientación o participación en procesos de toma de decisiones sobre continuidad o interrupción del embarazo en esta población. También se tendrá en consideración la autoría o coautoría en producciones académicas vinculadas al tema (publicaciones, guías clínicas, protocolos o investigaciones) y la participación en comités, programas o servicios especializados en SSR de adolescentes.

A efectos de comprobar estos criterios, se solicitará a los/as postulantes un curriculum resumido. Asimismo, se aplicará un filtro inicial mediante un formulario de preselección con preguntas cerradas (años de experiencia, funciones, publicaciones, participación en protocolos) lo que permitirá identificar si los/as candidatos cumplen efectivamente las condiciones para integrar la muestra definitiva.

Dichos datos se contrastarán con la información presentada en el currículum o en perfiles profesionales disponibles. De este modo, la selección combinará criterios objetivos, autodeclaración y verificación mínima, garantizando la validez y pertinencia del grupo de expertos/as consultado.

Se llevará a cabo un mínimo de 3 rondas de consultas on line a través de un formulario autoadministrado. En cada una se ajustarán los temas abordados enfatizando aquellos con mayor o menor convergencia, y los resultados se devuelven al grupo para que se reconsideren opiniones. Este proceso se repite hasta alcanzar estabilidad en las respuestas y finaliza elaborando un informe con los últimos resultados que se comunicará al grupo en cuestión.

En una etapa siguiente, para complementar, se recurrirá a un grupo focal , con participantes clave con el fin de analizar y debatir en profundidad los resultados del método delphi aplicado. Esta técnica permitirá enriquecer la interpretación de los datos obtenidos y habilitar a una instancia de reflexión colectiva, dialógica, donde se indague en percepciones, creencias y experiencias sobre la temática, destacándose la interacción entre los participantes (Perez Jover, 2021 en Tejero González, 2021, p.103).

Esta estrategia complementaria fortalece el abordaje de la investigación brindando una sistematización de las opiniones de los expertos con una construcción colectiva de sentidos, permitiendo así un análisis más completo y contextualizado.

La información recolectada en los cuestionarios y grupo focal será analizada siguiendo los procedimientos del análisis de contenido, para así identificar y categorizar datos con el fin de extraer significados e ideas. Implica una lectura sistemática, objetiva, replicable y válida (Andréu Abela, 2000). A partir de lo obtenido en el Delphi y el grupo focal se identificarán y clasificarán patrones y significados. Para fortalecer la rigurosidad del proceso, se utilizará un software especializado en análisis cualitativo (Atlas.ti), que permitirá organizar y codificar los datos de forma sistemática, así lograr comprender y contrastar recurrencias y tensiones en los discursos de los participantes. El uso de esta herramienta facilitará a su vez la comparación entre rondas del Delphi y los aportes del grupo focal, y la construcción de matrices que integren convergencias y divergencias, aportando mayor solidez a la interpretación final de los resultados.

6. Consideraciones éticas

Se presentará el proyecto ante el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Facultad de Psicología, en acuerdo con las normas nacionales vigentes (MSP, 2019) Decreto 158/019.

La participación en esta investigación es de carácter voluntaria, dando información clara de los objetivos en todo momento, y se asume el compromiso de asegurar confidencialidad y anonimato de los datos personales.

La realización de este proyecto se hace desde una perspectiva ética que considera el valor del conocimiento generado como un aporte y beneficio al campo académico, por ende se adopta responsabilidad en el proceso investigativo.

7. Resultados esperados

Se espera generar información sobre criterios clínicos utilizados por los profesionales de la salud para evaluar y acompañar la toma de decisiones reproductivas sobre continuación o interrupción de embarazo de los adolescentes, ubicando diferencias y coincidencias en estos criterios y analizando el grado de conocimiento y aceptación del uso de instrumentos estandarizados para la valoración de madurez y autonomía progresiva.

Se busca aportar una visión más clara sobre criterios clínicos y la práctica profesional en nuestro país respecto a las decisiones reproductivas de los adolescentes.

Se pretende contribuir al fortalecimiento de las políticas públicas vinculadas a la calidad de la atención que reciben los adolescentes así como al desarrollo de protocolos institucionales más claros que orienten la práctica clínica.

8. Cronograma

[illegible]

9. Referencias

- Aberastury, A., & Knobel, M. (2010). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico* (2a ed.). Ed. Paidós.
- Aguirre, M. B. (2023). *Adolescencia, autonomía, acompañamiento familiar. una mirada desde el Trabajo Social* (Tesina de grado). Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Andréu Abela, J. (2000). *Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada*. Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- Badia, J. M. (2021). La valoración de la madurez en adolescentes. Requisitos, indicadores y condicionantes. *Dilemata*, (35), 31-52.
- Berro Rovira, G. (2001). El consentimiento del adolescente: sus aspectos médicos, éticos y legales. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 72(1), 45-49.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492001000100008&lng=es&tlng=es
- Broche-Pérez, Y., & Cruz-López, D. (2014). *Toma de decisiones en la adolescencia: Entre la razón y la emoción*. Ciencia Cognitiva, 8(3), 70–72. <http://www.cienciacognitiva.org/>
- Brunet, N., Fernández-Theoduloz, G., López-Gómez, A. (2019) Toma de decisiones y comportamientos sexuales en adolescentes. Diseño y resultados de un estudio en Uruguay (2017-2019). Montevideo: Universidad de la República, UNFPA.
- Centurión, M J, & Pivel, P. (2023). Capítulo 1. Adolescencias y derechos. Cómo actuamos desde la interdisciplinariedad. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 94(nspe1), e402.
<https://doi.org/10.31134/ap.94.s1.2>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2013) Consenso de Montevideo sobre Poblacion y Desarrollo. Comision Economica para America Latina y el Caribe.
- Díaz Pantoja, J. S. (2023). *Hacia un modelo proyectivo de evaluación de capacidad de niños, niñas y adolescentes en el contexto sanitario*. Revista Ius et Praxis, 29(3), 45–63. <https://doi.org/10.4067/S0718-00122023000300045>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto

Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay. (2012). *Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud*. UNICEF Uruguay.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2018) Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud. Montevideo: INE.

Job, C., Adenipekun, B., Cleves, A., Gill, P., & Samuriwo, R. (2024). Health professionals implicit bias of patients with low socioeconomic status (SES) and its effects on clinical decision-making: a scoping review. *BMJ open*, 14(7), e081723.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081723>

Krauskopf, D. (2000). *Participación social y desarrollo en la adolescencia*. Fondo de población de las Naciones Unidas.

Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer

Lombardo, E, Morales, F, Lombera, J M, Pedraza, C y Martin, B (2023). Ni tontos ni ingenuos: autonomía progresiva y participación de nna en la Educación Sexual Integral. En *Actas del XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Universidad de Buenos Aires.

López-Gómez A, Graña S, Ramos V, Benedet L. (2021) Desarrollo de una política pública integral de prevención del embarazo en adolescentes en Uruguay. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e93. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.93>

Lopez Gómez, A., Amorín, D., Benedet, L., Carril, E., Celiberti, L., Güida, C., ... & Parra, A. V. (2005). Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004). *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 102, 247-247.

Martínez González, C. (2013). *Aspectos éticos en la adolescencia: del menor maduro al adulto autónomo*. *Curso, Mesa, Volumen I, Mayo 2013, N° 2*, 22-26. *Adolescere*, II(2), 22-26.

Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (2013). *Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel*. Montevideo, Uruguay: Ministerio de Salud Pública - Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud.

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Guía de salud sexual y reproductiva para adolescentes* (Guía n.º 1). Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf

Ministerio de Salud Pública (2019). Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo: Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional *en adolescentes*.

Ministerio de Salud Pública (MSP), Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI), & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). *Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes (2016-2020)*. Montevideo: MSP-AUCI-UNFPA.

Morales Calatayud, F. (2009). La psicología y los problemas de salud. En *Introducción a la psicología de la salud* (47-84). Buenos Aires: Koyatún.

MYSU (2010) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2010: Profesionales de la salud y salud sexual y reproductiva. Estudio sobre percepciones, valores y prácticas. Montevideo: MYSU

Organización Mundial De La Salud. (2020). Salud del Adolescente. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

INDDHH , ASSE (2024). *Relatoría: Niñas en situación de embarazo. Miradas y acciones transformadoras* [Informe]. Unidad Especializada de Género – INDDHH / ASSE. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica>

Peláez Mendoza, J. (2008). Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 34(2) Recuperado en 03 de febrero de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200005&lng=es&tlng=es

Pliego Pilo, G, Díaz Jiménez, E, Alarcón D, M, & Martínez Serrano, P. (2006). Autonomía del Menor Maduro en su salud reproductiva. *Index de Enfermería*, 15(54), 39-43.

Recuperado en 04 de julio de 2025, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200008&lng=es&tlng=es

Reales Chacón, L. J., Robalino Morales, G. E., Peñafiel Luna, A. C., Cárdenas Medina, J. H., & Cantuña Vallejo, P. F. (2022). *El muestreo intencional no probabilístico: herramienta de investigación científica* [Artículo]. *Revista Universidad y Sociedad*, 14(Supl. 5), 681–691.

Reguant Álvarez, M., & Torrado Fonseca, M. (2016). *El método Delphi*. REIRE. Revista d'Innovació i Recerca en Educació, 9(1). <https://doi.org/10.1344/reire2016.9.1916>

Rodríguez Quiroga, A., Bongiardino, L., Borensztein, L., Botero, C., Crawley, A., Vázquez, N., & Aufenacker, S. I. (2020). *Adaptación del MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T): Un instrumento para evaluar la toma de decisiones en adolescentes*. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(1), 143–166.

Riaño Galán, I. (2021). *La madurez del adolescente para tomar decisiones sanitarias: de la teoría a la práctica*. *Adolescere*, 9(2), 108–115.

Tejero González, J. M. (Ed.). (2021). *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. https://doi.org/10.18239/estudios_2021.171.00

Todres, J., & Diaz, A. (2017). Adolescents' right to participate: Opportunities and challenges for health care professionals. *Annals of Global Health*, 83(5–6), 697–703. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2017.10.019>

Torrado, P. C. (2014). El consentimiento informado en los menores de edad. *Revista de Derecho*, 13(26), 239-247.

Uruguay (2004, setiembre 7). Ley nº 17.823: Código de la Niñez y la Adolescencia. <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>

Uruguay (2008, diciembre 1). Ley nº 18.426: Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Uruguay (2008, agosto 15). Ley nº 18.335: Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>

Uruguay (2012, octubre 22). Ley nº 18.987: Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

Vargas Trujillo, E., Henao, J., & González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 49–63.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810106>

Vasilachis, I. (coord.) (2006) La investigación cualitativa. En Estrategias de investigación cualitativa (pp 23-64). Barcelona: Gedisa