



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Embarazo en la adolescencia: factores que influyen en la decisión de continuar o interrumpir el embarazo en Uruguay

Trabajo Final de Grado: monografía

Estudiante: Romina Cascallares

Tutora: Asist. Mag. Sabrina Rossi

Revisora: Asist. Mag. Gabriela Fernández

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Adolescencia	6
3.1. Adolescencia y sexualidad	8
4. Embarazo en la adolescencia	11
4.1. Factores de mayor incidencia en el embarazo en la adolescencia	12
4.2. Programas dirigidos a prevenir el embarazo en la adolescencia y abordajes del fenómeno en Uruguay	16
4.3. El embarazo en la adolescencia ¿es un problema?	19
5. Toma de decisiones	22
5.1. La toma de decisiones en adolescentes: el desarrollo afectivo-sexual en adolescentes	23
6. Maternidad en la adolescencia	29
7. Aborto en Uruguay	32
7.1. Aborto en adolescentes	33
7.2. El aborto en el ámbito internacional	35
8. Conclusiones y reflexiones finales	37
9. Referencias bibliográficas	39

1. Resumen

La presente monografía consiste en una revisión teórica sobre el tema del embarazo en la adolescencia y la toma de la decisión de continuar o interrumpirlo. Los conceptos teóricos que colaboran en el desarrollo de este son: adolescencia, embarazo en la adolescencia, toma de decisiones y aborto. A su vez, a partir de investigaciones realizadas en Uruguay y en otros países, se permitió obtener mayor conocimiento del fenómeno desde el punto de vista de otros actores, ya que el embarazo en la adolescencia es un acontecimiento de gran relevancia en tanto supone una problemática que involucra la salud sexual y reproductiva y los derechos de los jóvenes. Este trabajo tiene como objetivo continuar investigando e identificando aquellos factores involucrados en esta temática, de modo, de aportar mayor conocimiento y conciencia, para generar intervenciones inmediatas y herramientas de prevención.

Palabras clave: adolescencia, embarazo en la adolescencia, toma de decisiones, aborto

2. Introducción

Este trabajo monográfico corresponde al Trabajo Final de Grado (TFG) para la obtención del título de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República de Uruguay. Trata sobre el embarazo en la adolescencia, con énfasis en el momento en que una adolescente se enfrenta a la decisión de continuar o no con la gestación.

El interés por la temática se produce a partir del recorrido académico en la facultad, en el que el tema es abordado en diversas asignaturas, seminarios optativos y prácticas curriculares. Estas últimas dieron origen a un acercamiento con una adolescente embarazada y un conocimiento a fondo de su experiencia, los cambios, miedos e inquietudes que presentaba. Esto dio pie a las siguientes interrogantes: ¿qué factores biopsicosociales inciden en que ocurran embarazos precoces, que la mayoría de las veces no son planificados o intencionales? Y luego: ¿qué factores inciden en que las adolescentes tomen la decisión de continuar o no con el embarazo?

El primer capítulo trata sobre la adolescencia y la sexualidad. Se hace énfasis en las características particulares de esta compleja etapa evolutiva del ser humano; en las distintas adolescencias que se manifiestan en función de las diferentes culturas, momentos históricos, niveles socioeconómicos y educativos; y en las diversas fases que atraviesan las adolescentes en términos biológicos y psicológicos. En cuanto a la sexualidad en la adolescencia, se trabaja a partir de distintos enfoques teóricos-metodológicos que abordan el concepto como una construcción y producción sociohistórica y cultural.

En el segundo capítulo se profundiza en el embarazo durante la adolescencia, detallando los factores que inciden para que se produzca; las diferentes perspectivas en términos de género, contexto sociocultural, económicas y de salud, que explican o afrontan el fenómeno. Para tener una visión amplia sobre la temática, y también una perspectiva sobre la situación en Uruguay, se recurrió a investigaciones de estudios realizados en tres países latinoamericanos: Ecuador, México y Perú, lo que permitió comparar los diferentes abordajes frente a este tipo de embarazos.

A continuación, se trabaja el concepto de la toma de decisiones. Este configura un proceso complejo y delimitante para todas las personas en general, y que, en el caso de los adolescentes y su relación con la sexualidad, resulta aún más acuciante. Esto se debe a que, por lo general, los jóvenes inician su vida sexual en ocasiones a edades muy tempranas y sin contar con las herramientas o recursos necesarios para tomar decisiones vinculadas a ella de manera asertiva, lo que deriva en el uso (in)consistente de métodos anticonceptivos, entre otras consecuencias (Brunet *et al.*, 2019). Asimismo, se abordan aquellos factores cognitivos, emocionales y sociales que repercuten al momento de decidir si

continuar o no con un embarazo, estos están íntimamente relacionados con las características propias de esa etapa evolutiva.

En el cuarto capítulo se entrará de lleno en el tema de la maternidad. Aunque el foco está puesto en la maternidad adolescente y en el momento en que la embarazada ya decidió continuar con la gestación, también se toca el tema de la maternidad en general, sobre todo en lo que refiere a los diferentes significados que el término ha adquirido a lo largo de la historia y a las diversas perspectivas desde las que se ha abordado este concepto. También se trabaja en este apartado la forma en cómo las adolescentes perciben la maternidad en Uruguay.

El quinto y último capítulo está dedicado al concepto de aborto. En este caso, al igual que en el de la maternidad, el trabajo refiere a lo que ocurre en Uruguay, donde desde el año 2012 la práctica del aborto es legal en el marco de los plazos y condiciones que establece la Ley N.º 18.987 (2012).

Se desarrollan así los antecedentes de la legalización; la Ley N.º 18.987, en especial el proceso que establece para concretar el aborto; y algunas experiencias de adolescentes que han transitado dicho proceso. También se exponen algunas investigaciones sobre el tema de México y España, países que también han legalizado el aborto, para tener otra perspectiva respecto a la legalización de esa práctica.

3. Adolescencia

Para comenzar a desarrollar este apartado es necesario definir qué se entiende por *adolescencia*. Desde el punto de vista etimológico, el término proviene del latín *adolescens*, participio presente de *adolescere*, cuya acepción es *crecer* (Amorín, 2008).

Existen diferentes abordajes, entre ellos sociales, biológicos, psicológicos, históricos y culturales, entre otros, que habilitan distintas definiciones para esta etapa de la vida. Hall (1904) plantea que la adolescencia es una edad especialmente dramática y tormentosa, en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que la persona se encuentra dividida entre tendencias opuestas. Por existir diversos parámetros que atraviesan este concepto, hay autores que proponen hablar de *adolescencias* en plural. Espinosa y Coremlit, (2008) son dos de los autores que proponen usar este término como forma de reconocer el carácter único de esta etapa en cada persona. Señalan que se trata de un concepto atravesado por factores culturales y que, por tanto, debe ser contextualizado en su espacio y tiempo. También agrega que cada sociedad otorga diferentes lugares a los jóvenes, y que incluso, dentro de una misma sociedad, los adolescentes no pueden ser considerados como un grupo homogéneo, una vez que existe heterogeneidad de sus culturas y condiciones de vida.

Diversos autores coinciden en que el concepto de adolescencia se corresponde con una construcción sociohistórica y que ha sido afectado a lo largo de la historia, sufriendo modificaciones e influenciado por lo cultural. Quiroga (2004), define la adolescencia como un fenómeno atravesado por factores biológicos, cronológicos, psicológicos y sociales y apunta que esta característica «multideterminada» de la adolescencia es la que hace su complejidad (p.1).

Respecto al surgimiento del concepto de adolescencia, Amorín (2008) plantea que nace a partir de la modernidad, ligado a las clases media y alta, cuando comienza a haber una preparación para la adultez. En esa época, los avances tecnológicos de la Revolución Industrial exigían un aprendizaje y una formación previos a la inserción laboral en determinados puestos de trabajo. El niño, por tanto, debía prepararse para ocupar un trabajo en el mundo adulto. A diferencia de las clases medias o altas, en los sectores populares este fenómeno no se apreciaba tan claramente debido a varios factores como los embarazos a joven edad, la necesidad de una inserción laboral temprana por motivos económicos, entre otros, lo que hacía que el pasaje de la niñez a la adultez fuera más repentino.

Por otra parte, Fernández (1994) plantea que, tanto la noción de adolescencia como la de maternidad, dan cuenta de complejos procesos socioculturales y comparten una particular significación social, por la que se les atribuye una inscripción biológica. La autora

agrega que ambas concepciones son construcciones histórico-sociales y presentan transformaciones a través del tiempo de una misma cultura o dentro de diferentes clases sociales.

Un concepto más reciente sobre *adolescencia* es el que plantea Blakemore (2018) que la define como una etapa crucial del proceso por medio del cual llegamos a ser seres individuales y sociales (p.12). La autora refiere que en dicha etapa se perciben los cambios cerebrales que determinarán los adultos que se formarán en un futuro. Estos están vinculados a diferentes factores como son el relacionamiento con los demás, la adopción de riesgos, la búsqueda de sensaciones, entre otros.

Respecto a la edad de comienzo y término de la adolescencia, si bien no existe unanimidad, se tomarán como referencia las edades que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera que esta etapa se extiende entre los 10 y los 19 años. Algunos autores abordan la etapa de la adolescencia desde una perspectiva de la psicología evolutiva, y marcan su comienzo a los ocho o nueve años, cuando empieza la prepubertad, y su término, a los 28 años, con la transición hacia la adultez (Amorín, 2008). Este autor divide la adolescencia en tres etapas: temprana, media y tardía. La etapa temprana está definida principalmente por aspectos biológicos y se ubica entre los 13 y los 15 años, aunque podría comenzar antes, alrededor de los ocho o nueve años, con la prepubertad. En esta primera fase se producen cambios relevantes en el cuerpo vinculados a las glándulas sexuales y a la posibilidad de procrear. Hay además una progresiva pérdida del cuerpo infantil que viene acompañada de cambios conductuales y psicológicos, que impactan en el psiquismo. Respecto a la adolescencia media, el autor la ubica entre los 15 y los 18 años y tiene énfasis en lo psicológico. Se habla de un segundo nacimiento psicológico, que está marcado por una crisis de la identidad, en la que hay una reestructuración del yo (crisis narcisista) acompañada de la constitución de nuevos ideales. Por último, la adolescencia tardía, que se extiende entre los 18 y los 28 años, y se apoya en lo sociocultural. Esta etapa está subdividida en tres fases: de los 18 a los 21 años, caracterizada por sentimientos de soledad y caos interior; de los 21 a los 24, cuando hay mayor posibilidad de reflexión, y de los 24 a los 28, cuando se produce cierta resignación a los ideales de la adolescencia media y una transición hacia la adultez.

Si nos basamos en discusiones más reciente sobre el comienzo y la finalización de la adolescencia, Sawyer et al., (2018) plantean que se debería considerar el rango etario de los 10 a 24 años, que se corresponde más acertadamente con el crecimiento adolescente y la comprensión de esta fase de la vida.

Los autores sostienen que las definiciones de edad suelen ser arbitrarias y cronológicas y que se encuentran moldeadas por la cultura y el contexto. Estos refieren a que la definición actual de la adolescencia es demasiado restringida (la que va de los 10 a

19 años), ya que la pubertad marca un importante punto de discontinuidad con la siguiente fase de crecimiento y maduración neurocognitiva pasados los 20 años, vinculados a las transiciones de roles en la edad adulta, por lo que las edades de 10-24 años se ajustan mejor al desarrollo de la adolescencia en la actualidad.

Por su parte, Aberastury y Knobel (1986) hablan de la adolescencia en general como una etapa de crisis marcada por el conflicto, el desequilibrio y la inestabilidad. Según estos autores, el adolescente transita por tres duelos: la pérdida de la identidad infantil, que lo lleva a la aceptación de responsabilidades y la renuncia a la dependencia que tenía cuando era niño; la pérdida del cuerpo infantil, marcada por cambios corporales de la pubertad; y la pérdida de los padres de la infancia, que pierden el carácter omnipotente que tenían en la niñez. También postulan que existe un «síndrome normal de la adolescencia» (p.1), aclarando que asocian de manera deliberada dos términos, en principio contradictorios, como son *síndrome*, que implica entidad clínica, y *normalidad*, que significa estar fuera de la patología, con el propósito de visibilizar que «el convivir social y nuestras estructuras institucionales nos hacen ver que las normas de conducta están establecidas, manejadas y regidas por los individuos adultos de la sociedad» (p.45).

Agregan los autores:

Es sobre esta intercorrelación generacional, y desde la mirada regente y directiva, que podemos, y creo yo que debemos, estar capacitados para observar la conducta juvenil como algo que aparentemente es seminormal o semipatológico, pero que, sin embargo, frente a un estudio objetivo, desde el punto de vista de la psicología evolutiva y de la psicopatología, aparece realmente como algo coherente, lógico y normal (Aberastury y Knobel, 1986).

Urribarri (1990) aporta una visión más amplia de la adolescencia, al señalar que no solo se caracteriza por la tristeza debido a las múltiples pérdidas de la infancia, sino que también se destaca por lo novedoso, el cambio y la transformación, por lo que hace énfasis en el júbilo que produce la novedad.

Entre las diferentes visiones sobre el concepto de adolescencia y sus características, interesa a este trabajo el abordaje según el cual la adolescencia es una etapa con características propias y no un mero pasaje entre una fase y otra, ya que es en esta etapa específica en la que se ubican las adolescentes embarazadas, objeto de este estudio. En este sentido, Amorín *et al.*, (2006) afirman que, por ser una noción relativamente reciente, se la debe comprender «como una categoría con derecho propio y atravesada por dinanismos psicosociales extremadamente específicos» (p. 135).

Desde una mirada psicológica, se puede identificar que el sujeto durante la adolescencia comienza a desprenderse de las configuraciones infantiles, dándose un cambio profundo en la identidad, el cuerpo, la relación con el mundo y la sexualidad. Viñar (2009) señala que los cambios biológicos propios de la pubertad (que se dan al comienzo de

la adolescencia) son desencadenantes de una serie de cambios y reestructuraciones a nivel psíquico.

3.1. Adolescencia y sexualidad

La sexualidad en la adolescencia es un tema que se aborda desde diferentes disciplinas y enfoques teórico-metodológicos. Al igual que el concepto de adolescencia, la sexualidad es una noción compleja de definir, por lo que, según Kapila y Moher (citados en Brunet *et al.*, 2019) su estudio es posible a partir de la interacción entre diversas disciplinas, basándose en la excelencia disciplinaria y los principios de colaboración, cooperación y comunicación entre ellas (citados en Brunet *et al.*, 2019). Por su parte, López y Varela (2016) hacen referencia al concepto de sexualidad como una construcción y producción sociohistórica, cultural, subjetiva y política, producto de las relaciones sociales, que implicaría las diversas formas en las que los sujetos se relacionan como seres sexuados. A su vez, Weeks (citado en López Gómez *et al.*, 1995-2004) habla de «la nueva historia sexual», a la que define como una historia de prácticas sexuales (eróticas) cambiantes, significados subjetivos, definiciones sociales, sistemas de regulaciones y normativas, cuyo único punto en común es la denominación. Según el autor, la sexualidad es una categoría tan inestable como vital (p.59).

Con base en lo planteado, se puede deducir que la sexualidad es una parte inherente de cada sujeto y abarca varios planos de la persona, como ser físicos (biológicos), psicológicos (emocionales, intelectuales) y sociales (históricos, culturales). No obstante, para poder desplegar de forma satisfactoria su sexualidad, la persona debe tener satisfechas determinadas necesidades humanas, como son el deseo de contacto y de intimar; el logro de placer, la capacidad de dar y recibir ternura y amor; además de su necesidad de realización desde su condición como ser sexuado. Por tanto, el completo desarrollo de la sexualidad se vuelve esencial para el bienestar individual, interpersonal y social de cualquier persona.

La oms (2006) define a la sexualidad humana de la siguiente manera:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (p. 3).

Estas concepciones permiten afirmar que la sexualidad tiene un papel importante como formadora de relaciones afectivas y de comunicación, por lo que trasciende los aspectos biológicos y tiene un gran peso en los planos emocional y psicológico de una persona. El desarrollo de la sexualidad está asociado, además, con la realización personal, las relaciones interpersonales, el proceso de formación de pareja y de familia, la afectividad, la identidad y la personalidad, entre otros aspectos.

Respecto a la sexualidad en la adolescencia, Escobar (2009) formula lo siguiente:

La sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida. En este período surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todas y todos los adolescentes. Los cambios hormonales provocan que se tengan deseos y fantasías eróticas, que se quiera sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente de quien te gusta (p. 1).

Como ya se mencionó, la etapa de la adolescencia supone el pasaje de importantes grados de dependencia a crecientes grados de autonomía en el orden afectivo-sexual, social y económico, y para que el adolescente pueda desarrollar esa autonomía se le deben generar las condiciones que lo habiliten (Abracinskas y López Gómez, 2007). En lo que refiere a la autonomía sexual, estas autoras sostienen que esta requiere que cada sujeto tenga la posibilidad de elegir libremente a las personas con las que se vincula, lo que supone el poder identificar, conocer y dar sentido a las necesidades sexuales, y buscar el modo de satisfacerlas, teniendo en consideración las propias decisiones y el respeto por la otra persona. Esta autonomía, añaden, sólo es posible si se estimula y acompaña a las y los adolescentes en el crecimiento sexual y en el conocimiento y control de sus capacidades reproductivas. Subrayan que el mundo adulto y sus instituciones deben reconocer y respetar la sexualidad de los y las adolescentes, promover sus derechos en estas dimensiones de sus vidas y tener presentes sus necesidades y demandas específicas, con el fin de generar las condiciones necesarias y dar las respuestas más adecuadas. Además, sostienen que se requieren políticas públicas en salud sexual y reproductiva, con perspectiva de género y que promuevan el ejercicio de los derechos.

A este respecto, afirman:

La sociedad uruguaya necesita procesar los cambios para que mujeres y varones adolescentes no tengan que seguir tropezando con los mismos obstáculos y tabúes que entorpecieron el desarrollo sexual armónico de generaciones anteriores (Abracinskas y López Gómez, 2007, p. 3).

En lo que respecta a este trabajo, es imprescindible ahondar de manera específica en las «decisiones sexuales» o «decisiones reproductivas» en adolescentes. Estos conceptos son utilizados en los discursos sobre salud sexual y reproductiva, en educación sexual integral y derechos sexuales, y se definen como «las capacidades subjetivas y las

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» (Brunet *et al.*, 2019, p. 19). Estos autores coinciden en que para que los sujetos puedan ejercer libremente su sexualidad, es necesario que se les generen un conjunto de condiciones de acceso a los recursos, tanto materiales como simbólicos, que colaboran con el proceso de hacer factible esas decisiones.

En este sentido, Correa y Petchesky (citados en Brunet *et al.*, 2019) analizan los cuatro principios éticos implicados: integridad corporal, capacidad de ser persona, igualdad y diversidad. Para poder ejercer estos derechos con equidad, debe estar garantizada la libertad de cada persona de decidir, lo que se considera la «dimensión individual de los derechos», y tener condiciones de justicia para que las decisiones sean respetadas, lo que configura la «dimensión social de los derechos».

Todos estos factores que inciden en la libertad individual de cada persona al tomar una decisión, así como las condiciones externas que intervienen en esta, se vinculan de forma directa con las adolescentes que, tras iniciar su vida sexual, en ocasiones, suelen tomar decisiones riesgosas que conllevan en ocasiones a embarazos no planificados o no intencionales. Para ahondar en esta decisión, en los capítulos subsiguientes se profundizará en la manera en que estos factores, internos y externos, afectan la decisión de continuar o interrumpir su embarazo.

4. Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno altamente complejo, condicionado por una serie de variables biológicas, psicológicas, sociales, culturales, económicas, de género y educacionales, que es considerado y abordado como un problema de salud pública por diversos países.

Como definición básica, se puede decir que el embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre dentro de esa etapa de la vida. No obstante, autores como Silber *et al.* (1992) proponen una definición más específica y consideran que el embarazo es aquel que se produce en los dos años transcurridos a partir de la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

Perkal Rug (2015), en tanto, da otra definición, más compleja, al indicar que este fenómeno configura una crisis que se superpone a la crisis propia de esa etapa evolutiva que, como ya se mencionó, comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con un incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente: «una adolescente embarazada se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando» (Perkal Rug, 2015, Párr.3).

En la misma línea, Torres Meza *et al.* (2016) sostienen que un embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades y/o en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. Los autores destacan el hecho de que las adolescentes tienen su primera relación sexual a edades cada vez más tempranas, lo que se asocia con un mayor riesgo de embarazos y de contraer enfermedades de transmisión sexual. Entre los factores que inciden en que esto ocurra, el autor señala la inestabilidad familiar, las expectativas del grupo de pares respecto de la iniciación de las relaciones sexuales, la declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad y la presencia de modelos reproductivos que tienden a repetirse, lo que ocurre cuando las madres o las hermanas de la adolescente también gestaron a edades tempranas.

Existen dos elementos claves que atraviesan el fenómeno del embarazo en la adolescencia, según mencionan Torres Meza *et al.* (2016), por un lado, que los embarazos en esta etapa ocurren con mayor preponderancia en entornos de pobreza. Por otro lado, muchas veces la forma en que las adolescentes perciben su embarazo en términos de riesgo y capacidad para llevar la maternidad de manera satisfactoria se contradice con la forma en que la sociedad en su conjunto evalúa su gestación. A este respecto, un informe del gobierno uruguayo realizado en forma conjunta con el Fondo de Población de las

Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) asocia estos dos elementos con la falta de oportunidades en relación con su futuro, lo que ocurre sobre todo en entornos de pobreza, y coloca la maternidad como un proyecto deseado por las adolescentes.

Expresa el informe:

Cuando la concreción de otros proyectos alternativos a la maternidad, se vuelven imposibles o inalcanzables por las mujeres jóvenes más pobres de nuestra sociedad, el proyecto de la maternidad pasa a cobrar un rol preponderante (p. 30).

En el mismo documento, se afirma que, por lo antes expuesto, la maternidad «se impone como una situación a atender desde la política pública, cuando la escasez de espacios de desarrollo personal, social y el ejercicio de derechos se ven tan restringidos, y esta se presenta como el único proyecto personal posible» ((MSP *et. al.*, 2017, p.10). Esta complejidad específica, que asocia el contexto crítico con la percepción subjetiva que las adolescentes poseen respecto a la maternidad, afecta directamente a la joven gestante, al momento de decidir si continuar o no con el embarazo, punto clave de este trabajo.

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno que se presenta a nivel mundial, con matices más problemáticas en las regiones más pobres, lo que trae como consecuencia un agravamiento de las condiciones de por sí vulnerables de las adolescentes. A este respecto, el director regional del Fondo de Naciones Unidas (UNFPA) para América Latina y el Caribe, Harold Robinson, dijo lo siguiente: «la maternidad en la adolescencia, en la mayoría de los casos, trae consecuencias negativas e irreversibles; todo el proyecto de vida de la adolescente cambia, su dependencia económica se incrementa y sus perspectivas educativas y laborales se evaporan» (UNFPA, 2020). Datos a nivel regional indican que América Latina y el Caribe ocupan el segundo lugar en cuanto a maternidad adolescente, con 62 nacimientos por cada 1000 niñas y adolescentes de entre 15 y 19 años, y quienes por lo general viven en situación de pobreza y con un limitado acceso a servicios sociales básicos (UNFPA, 2020).

4.1. Factores de mayor incidencia en el embarazo en la adolescencia

Entre los factores que tienen mayor influencia en el embarazo en la adolescencia, según diversos autores, se destacan los biológicos, en particular por los riesgos que suponen a la salud y la vida de las jóvenes gestantes, y los no biológicos, sociales y emocionales, por la forma en cómo condicionan o propician estos embarazos, la mayoría de las veces no planificados y muchas veces no deseados.

Factores biológicos

Existen riesgos puntuales para las adolescentes gestantes, en términos biológicos, con destaque para las complicaciones en el embarazo y en el parto, los que, según datos de la OMS y OPS (2018), constituyen la primera causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años a nivel mundial. Es por esto que varios países conciben el fenómeno como un problema de salud pública, entre otros factores. Ecuador, por ejemplo, es uno de los países que tienen esta postura «dada las consecuencias sociales y de salud de las gestantes» (Sánchez *et al.*, 2019), que constituyen grupos de riesgo al presentar complicaciones obstétricas que generan mayor gasto económico al Estado. En México, Mora y Hernández apuntan que el 20 por ciento de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años, y advierten sobre los riesgos que la gestación en esa etapa de la vida reporta para la salud de la madre y su hijo. Entre otros, destacan los riesgos para la madre de aborto espontáneo, anemia, infección en las vías urinarias, hipertensión arterial y parto prematuro, y para el hijo, el bajo peso al nacer, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida.

A su vez, Okumura *et al.* (2014), en un estudio que realizaron en Lima, Perú, encontraron que existe «mayor riesgo de cesárea e infección puerperal en las adolescentes menores de 15 años, así como mayor riesgo de episiotomía en las adolescentes tardías» (p. 383), lo que demuestra la vulnerabilidad de las adolescentes en lo que se refiere a las complicaciones obstétricas y perinatales, tales como preeclampsia, hemorragia y parto pretérmino.

En contraposición a estos autores, Stern (1997) no considera que el embarazo en la adolescencia, puntualmente entre los 15 y 19 años, deba necesariamente considerarse un problema de salud para la madre y/o el niño. En su opinión, en condiciones adecuadas de nutrición, salud y atención prenatal, y en un contexto social y familiar favorables, un embarazo y/o parto en esa franja etaria no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal que los de un embarazo y parto entre los 20 y 25 años. No obstante, admite que sí existen riesgos biológicos cuando el embarazo se produce en edades muy tempranas, anteriores a los 14 años. El autor puntualiza a este respecto que el embarazo en edades tempranas tiende a generarse en las adolescentes que no poseen adecuadas condiciones de nutrición y salud y que no cuentan con el sostén familiar y la atención necesaria. Esto aumenta las probabilidades de embarazo, asegura, por lo que son dichas condiciones, y no la edad o factores biológicos, las que reportan riesgos de consideración.

Factores no biológicos

Entre los factores no biológicos que intervienen en este fenómeno, algunos autores mencionan, entre otros, el déficit educativo, la escasez económica, el hacinamiento, la violencia dentro del hogar y el desconocimiento del ciclo menstrual y los métodos anticonceptivos (Pinzón *et al.*, 2018). Estos autores también destacan la pobreza, con todas las consecuencias y situaciones asociadas, como una de las variables que más incide y condiciona la fecundidad y maternidad adolescentes. Advierten, incluso, que estas no solo propician que las adolescentes se embaracen de manera temprana, sino que, en algunos casos, el embarazo en estas condiciones acaba fortaleciendo las situaciones precarias preexistentes, al no permitir una proyección regular del desarrollo adolescente, truncando sus planes de vida y afectando no solo la vida de la madre sino también la de su hijo. La pobreza determina la probabilidad de embarazo de las adolescentes, sostiene La ciudad (2007), y agrega que, si el embarazo ocurre, las jóvenes entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico.

Factores sociales

En lo que respecta a los factores sociales que fomentan la ocurrencia de embarazos en la adolescencia, Pantelides (2004) propone un abordaje basado en distintos niveles de análisis, que va desde el más alejado, el nivel macrosocial, al más próximo, el nivel microsocio. El nivel macrosocial está compuesto por las pautas culturales, la estructura socioeconómica, los mandatos de género, la clasificación por etnia y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva de las adolescentes. La autora subraya en este aspecto el contexto social de la adolescente, que incluye factores de relevancia que se acercan más al individuo, como el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de pares, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, y la posibilidad de acceder a los recursos anticonceptivos (Pantelides, 2004). En cuanto al nivel microsocio, que abarca la conducta, conocimientos, actitudes y percepciones individuales, la autora menciona algunas características de los sujetos que los coloca en un lugar de «vulnerabilidad» y puede llevarlos a una fecundidad precoz y/o no deseada. Estos son, entre otros, edad; situación socioeconómica; sobre todo, su nivel de educación; grupo étnico y, en último lugar, las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, el ejercicio de la sexualidad y la prevención del embarazo (Pantelides, 2004, p.14).

Diversos estudios demuestran que, como ya se mencionó, la maternidad en la etapa adolescente incide de manera determinante en el desarrollo futuro de las jóvenes madres. Un estudio realizado en Ecuador, país que registra la tasa más alta de fecundidad adolescente de la región andina, revela a este respecto que dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez (Delgado Mite, 2016).

Sobre este punto, Guijarro (2011) sostiene que un embarazo en la adolescencia se traduce en 2,5 años de escolaridad menos para las mujeres, y que cada hijo adicional supone, en media, un año menos de escolaridad (citado en Delgado Mite, 2016). Otra investigación, realizada en Venezuela en 2012, arrojó resultados similares respecto a los factores sociales asociados a la ocurrencia de embarazo en la adolescencia. El estudio destaca entre ellos la pobreza extrema y no extrema, el pertenecer a una familia con disfunción severa, el no usar métodos anticonceptivos y la existencia de antecedentes familiares de embarazo adolescente (Blanco *et al.*, 2015).

A su vez, en el marco del Plan Internacional y la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de Unicef (2014), se realizaron seis estudios cualitativos sobre algunos de los factores sociales, culturales y emocionales que inciden en el embarazo y maternidad en adolescentes en contextos rurales, indígenas, afrodescendientes y periurbanos de Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana. Además de las características del hogar de origen de la adolescente —en cuanto a ingresos de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar—, el estudio señala que existen otros factores contextuales relevantes «como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos» (Unicef, 2014, p.11). El informe agrega que el embarazo y la maternidad adolescente «se encuentran mediados por un conjunto de representaciones culturales en torno al género, la maternidad, el sexo, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja (Unicef, 2014, p.11).

Factores emocionales

Por último, aunque no por ello menos relevante, están los factores emocionales, respecto a estos, el mencionado estudio de Unicef destaca el valor que las adolescentes le atribuyen a la maternidad, esta es considerada como un rol inherente al hecho de ser mujer. Esta creencia pone a dialogar las consecuencias de este mandato social y la realidad asociada a la responsabilidad propia de la maternidad, para la que la adolescente no está suficientemente madura, y que muchas veces le significa renunciar a sus proyectos (Unicef, 2014). Esto trae como consecuencia que el valor que le asignan algunas adolescentes a la

maternidad es uno de los desafíos que se deben trabajar, junto a la temática de la sexualidad, para la prevención del embarazo adolescente. Entre otras razones, porque en ocasiones los embarazos no planificados no son necesariamente embarazos no deseados, ya que muchas adolescentes lo conciben como un proyecto de vida. También se puntualiza, en este sentido, que en algunos sectores sociales la maternidad se constituye simbólicamente en el paso hacia la adultez y redonda en una mejora de su estatus dentro de la comunidad. En otras palabras: «constituirse en madre es una manera de inspirar respeto y ser una mujer completa en la visión de su entorno» (Rico y Trucco, 2014, p. 16, citados en Unicef, 2014).

4.2. Programas dirigidos a prevenir el embarazo en la adolescencia y abordajes del fenómeno en Uruguay

Ante el complejo entramado de factores y variables que atraviesan el embarazo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con base en evidencia empírica y el compromiso de los Estados en definir políticas y programas de intervención destinados a prevenir este fenómeno, propone que este sea considerado como un problema sanitario y social (CEPAL, 2008).

En línea con esta concepción, Uruguay afronta el fenómeno como un problema de salud pública al que busca prevenir a partir de distintos abordajes, entre ellos sanitario y social, de género y educativo. Con casi tres millones y medio de habitantes, el país ha verificado en los últimos años una reducción sostenida del número de embarazos en adolescentes. En 2019, nacieron en el país 3968 bebés de madres adolescentes, lo que representa la mitad de los nacidos en 2004 en similares condiciones, según datos oficiales (MSP *et. al.*, 2017).

Abordaje sanitario y social

Para afrontar el problema en términos sanitarios, el Ministerio de Salud Pública (MSP) puso en marcha el Programa Nacional de Salud Adolescente (MSP, 2007). Este busca brindar a los adolescentes una atención integral en lo que refiere a salud sexual y reproductiva, basado en la idea de que el embarazo en la adolescencia limita las oportunidades que tienen los adolescentes en su desarrollo futuro, por lo que propone medidas sanitarias desde un enfoque de derecho y género, mediante acciones específicas de prevención y acompañamiento a las adolescentes durante la gestación (MSP, 2007).

Es así que se creó un modelo de atención integral de adolescentes, que tiene por objetivo la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de riesgos, se centra no solo en la familia del adolescente sino también en el soporte social existente. La idea es que los jóvenes participen de forma activa, no solo en los servicios de salud sino también en los ámbitos donde suelen habitar, estudiar, trabajar o en áreas de recreación.

La atención es brindada por un equipo de profesionales de diferentes disciplinas, construyendo procesos de interdisciplina e intersectorialidad, que preparen al equipo y a cada uno de sus integrantes, para el abordaje de las diferentes adolescencias y de sus necesidades. Implica la adecuación de los sistemas de atención, dotándolos de una orientación bio-psico-social, a partir de un adecuado diagnóstico de situación y de la identificación de las necesidades y problemas específicos (MSP, 2007).

Abordaje de género

El abordaje del embarazo adolescente desde una perspectiva de género plantea desafíos particulares que se suman a la complejidad del fenómeno. Definirse como hombre o como mujer trae consigo una serie de implicaciones, una de las más importantes es la vinculada con las labores que socialmente le corresponden a cada uno de los géneros, por lo que estas categorías de análisis han tenido como objetivo complementar los papeles, deberes, normas y acciones que a cada uno de los sexos le corresponde desempeñar, en ocasiones consideradas mutuamente excluyentes (Díaz-Loving *et al.*, 2007).

Según estos autores, históricamente se ha concebido a los hombres distinto de las mujeres. Tales diferencias están vinculadas a características físicas; rasgos de personalidad; normas y valores y formas de comportamiento. Dichas categorizaciones provienen de las propias culturas y sociedades en las que se encuentran inmersos los individuos, por lo que tienen gran impacto las consideraciones por sexo en los procesos de socialización. En consecuencia, lo que «significa ser hombre y mujer se encuentra directamente ligado al contenido normativo de cada cultura» (Díaz-Loving *et al.*, 2007, p. 11).

Por otra parte, otro de los elementos a tener en cuenta cuando se habla de un abordaje de género, es el tema de la sexualidad. Esta suele verse condicionada por la posición subordinada de la mujer y en ocasiones por lo que se define de la identidad femenina asociada directamente a la maternidad. Por esto, Perrotta (2010) plantea que se deben considerar las posibilidades de que cada mujer pueda apropiarse de herramientas que le permitan reflexionar sobre estos condicionantes para poder elegir por propia voluntad de qué forma actuar frente a ellos. La autora expone que, tradicionalmente, se atribuyen a las mujeres roles pasivos, como el cuidado de los otros, mayor sensibilidad y que, básicamente, se espera que sean madres y esposas, y se remitan al ámbito de lo privado.

Mientras tanto, a los hombres se les atribuye la actividad, el poder, la fuerza y el rol de proveedores, y se les otorga el ámbito de lo público. Estas atribuciones de mujeres y hombres, de lo que se espera de la femineidad y la masculinidad de cada uno, han sido sostenidas por hombres y mujeres a lo largo de la historia, pero son cuestionadas por los abordajes de género debido a las desigualdades sociales que implican en términos de derechos. Asimismo, más recientemente también se cuestionan las definiciones de *femineidad* y *masculinidad* como conceptos cerrados, vinculados a roles sociales y dependientes del sexo biológico. Hablar de lo masculino y lo femenino desde una perspectiva de género implica sostener que cada cultura construye su forma de «ser mujer» y de «ser varón», y que además cada sujeto construye su manera particular de ser mujer u hombre (Perrotta, 2010, p. 10).

En cuanto al embarazo en la adolescencia, el fenómeno puede tomarse como un indicador de acceso a la salud ya que suele visualizarse en su mayoría en poblaciones de contexto crítico, en las que las mujeres se enfrentan a condiciones inadecuadas de nutrición y salud. En investigaciones realizadas sobre dicha temática, Perrotta (2010) ha concluido que los embarazos en la adolescencia están determinados por los condicionamientos de género que definen a la identidad femenina en función de la maternidad y las tareas domésticas. Este estereotipo social y cultural determina, entre otros aspectos, el acceso a la salud social y reproductiva (SSyR). Por lo que, tomar en cuenta la perspectiva de género al abordar la temática de los embarazos en la adolescencia implica prestar atención también al posicionamiento subjetivo, y también a los condicionamientos que cada uno o una pueda tener con respecto a los roles de género, las relaciones entre hombres y mujeres y el acceso a la salud, especialmente la salud sexual y reproductiva (Perrotta, 2010, p. 3).

Abordaje educativo

Uno de los factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia es la deserción escolar. Según el informe *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*, realizado por la UNFPA, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, la región de América Latina y el Caribe se caracteriza por tener la segunda tasa más alta en el mundo de fecundidad en adolescentes, ya que alrededor del 15 por ciento de los embarazos pertenecen a mujeres menores de 20 años, siendo Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Venezuela los más afectados. En cuanto a las poblaciones, este tipo de embarazo tiene mayor incidencia en adolescentes indígenas, del área rural, provenientes de los hogares más pobres y jóvenes sin educación o que solo han estudiado la primaria (OPS, UNFPA y Unicef, 2016).

En línea con lo mencionado anteriormente, los organismos autores del informe apuntan que el embarazo en la adolescencia trunca las oportunidades de desarrollo de las jóvenes gestantes, quienes, en la mayoría de los casos, se desvinculan del sistema educativo, lo que repercute a futuro en su inserción laboral, y «las vuelve vulnerables a la pobreza, la violencia, los ilícitos y la exclusión social» (UNFPA, Unicef y OPS/OMS, 2016).

A su vez, el Banco de Desarrollo para América Latina (CAF, por sus siglas en inglés, 2018), desde su agenda educativa, promueve la prevención, tratamiento y acompañamiento de las adolescentes embarazadas mediante acciones multidisciplinarias que apunten a incentivarlas a terminar la educación formal, una vez que el embarazo se considera uno de los factores de desvinculación del sistema educativo; y que incorporen la perspectiva de género, con el fin de empoderar y potenciar la independencia de los jóvenes (CAF, 2018).

Por su parte, Fainsod (2008) considera que el embarazo y/o maternidad en la adolescencia no son la principal causa que explica la deserción educativa, aunque reconocen que juega un papel importante en la discontinuidad o el abandono de los estudios. Los autores defienden que la escuela sea el espacio donde se distribuya información «objetiva y científica»; se discipline a través de valores «adecuados» que colaboren en la consolidación de conductas y hábitos «saludables», es decir, «correctos»; y sirva de escenario clave para la detección temprana de ciertas «disfuncionalidades» individuales y familiares que permitan prevenir situaciones de abandono escolar (Fainsod, 2008, p.2).

En una investigación realizada en los barrios Casavalle y Jardines del Hipódromo, en la capital de Uruguay, Montevideo, López y Varela (2016) encontraron elevados y crecientes índices de abandono del sistema educativo en las adolescentes de entre 15 y 19 años tras quedar embarazadas. En 2008, el porcentaje de adolescentes madres que abandonaron el sistema educativo fue de 84 por ciento según Varela Petito y Fostik, (citados en López y Varela, 2016), índice que en cinco años aumentó un 11 por ciento, llegando al 95 por ciento en 2013. Además, el 70 % de las adolescentes que dejó de estudiar lo hizo antes de ser madre, por lo tanto, el abandono escolar precede mayoritariamente a la maternidad. No obstante, si se toma todo el grupo de madres entre 15 y 24 años, casi un 25 % de ellas abandonó la educación media por haberse embarazado. Según los autores, la llegada del primer hijo no interviene en la desvinculación del sistema educativo. Esto, por lo general, sucede antes de la llegada del primer hijo. A su vez, en datos que recabaron de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) 2013, figuraba que el 70 % de las adolescentes madres que dejaron de estudiar, lo hicieron antes de serlo. Las entrevistadas ponen de manifiesto que el abandono escolar es anterior a tener el hijo. Uno de los testimonios que confirma esto es el de Leila, de 19 años, quien reside en el barrio Casavalle de Montevideo:

«había dejado de estudiar antes, después quedé embarazada, dejé de estudiar a los 16 y quedé embarazada a los 17» (López y Varela, 2016, p. 84).

Para concluir este apartado, Es posible decir que el embarazo en la etapa de la adolescencia se vea asociado a diferentes factores y es considerado principalmente un problema de gran impacto social que se produce y a su vez genera pobreza y desigualdad. Además, de ser un obstáculo para el desarrollo social y personal de las adolescentes, teniendo en cuenta que, en la mayoría de los casos, el embarazo en esta etapa de la vida ocurre por determinantes de diferente índole social, económico, educativo y de salud, y debe abordarse desde diversas perspectivas para así elaborar estrategias de prevención.

4.3. El embarazo en la adolescencia ¿es un problema?

Al igual que como ocurre con el embarazo, la forma en que las adolescentes perciben su maternidad difiere de cómo la ve la sociedad, al menos en la época actual. Mientras que, para esta última, el embarazo adolescente es un problema para afrontar, prevenir y solucionar, para las jóvenes no tiene necesariamente un significado negativo. No obstante, algunos autores como García y Pereira (2010) señalan que varias investigaciones demuestran que el embarazo adolescente puede ser considerado una experiencia gratificante e incluso un fenómeno deseado de parte de las protagonistas. Entre otras razones, para muchas adolescentes el embarazo en este ciclo vital puede ser el resultado de una búsqueda de reconocimiento social y realización de un proyecto de vida. En este sentido, Fraser y Honnet (2006) plantean que el término *reconocimiento* da cuenta de un vínculo ideal entre los sujetos, en el que cada uno ve al otro como igual, pero separado de sí. En concordancia con ello, los sujetos se constituyen en la medida que reconocen a otro sujeto y viceversa, de lo que surge que el reconocimiento se vincula entonces con lo identitario, en tanto el sujeto constituye su identidad en la medida que hay un otro que lo reconoce (Fraser y Honnet, 2006). En relación con el tema de este trabajo, se puede interpretar que las adolescentes se sienten reconocidas socialmente, ya que el embarazo y la maternidad configuran una identidad de madre y adulta, generando quizá la ilusión de que el mundo adulto se puede presentar como un destino de mayor certidumbre.

En su investigación, Amorín *et al.* (2006) postulan que las adolescentes tienden a depositar en su hijo/a o en la conformación de una familia las esperanzas de restituir vacíos afectivos. También abrigan la ilusión de que, con el nacimiento de un hijo o hija, se generarán cambios positivos en sus vidas, tanto en relación con su familia de origen como con posibilidades de inserción laboral.

Por otra parte, otro de los elementos que incide en la percepción de la adolescente sobre su maternidad son los mandatos de género establecidos socialmente, estos dependen de la cultura y el contexto social al que pertenecen, y a su vez se entrelazan con la etapa de desarrollo por la que atraviesan. A este respecto, un estudio realizado en España, en el año 2015, comprobó que la maternidad se relaciona con el género en el marco de relaciones vinculares no igualitarias y una concepción tradicional de los roles femeninos y masculinos (Yago Simón y Aznar, 2015). En la misma investigación, se analizó la influencia que tiene la cultura de origen en el comportamiento sexo-reproductivo de chicos y chicas; los estereotipos; la familia y el nivel de estudio; el sexismo y la persistencia de roles de género tradicionales y los mitos románticos sobre el amor. Se buscó conocer los factores que influyen en el comportamiento anticonceptivo, para poder vencer los obstáculos que impiden mejorar los índices de embarazos no planificados entre las jóvenes. Según los autores, una forma de romper con los mandatos diferenciados que existen para hombres y mujeres, en lo que se relaciona a la paternidad y la maternidad, es trabajar por la libertad e igualdad real entre mujeres y hombres, enseñar a decodificar las relaciones vinculares con rasgos de dominación-sumisión y ampliar espacios de desarrollo personal y profesional, más allá de la maternidad como único proveedor de valor personal y social (Yago Simón y Aznar, 2015).

Para finalizar este apartado concluimos entonces que, es importante establecer que el rol de madre no es conciliable con la etapa evolutiva de la adolescencia. Esta última se encuentra vinculada a determinados factores propios de la adolescencia como el conflicto con el mundo adulto, la toma de riesgos, la necesidad de apoyo afectivo, el auge de la sexualidad y el cuerpo, la importancia de los grupos de pares (López Piedra, et al., (s/f) entre otros elementos. Y, por otra parte, la maternidad se relaciona con la adultez, el cuidado del otro, la sexualidad acentuada, el altruismo, etc. Por lo que las adolescentes, al ser madres deben ubicarse de forma rápida en estos últimos lugares para los cuales aún no se encuentran preparadas.

5. Toma de decisiones

Para comenzar a desarrollar este capítulo, se hace necesario explicitar a qué se denomina y cómo se aborda la toma de decisiones, uno de los procesos más complejos a los que se enfrenta el ser humano. Dicho proceso ha sido estudiado por diversas disciplinas, particularmente la psicología, las ciencias psicosociales y las neurociencias. En la rama de la psicología, tiene su aplicación en lo que se conoce como la terapia cognitiva-conductual.

La toma de decisiones (a partir de ahora, *TD*) se define como la capacidad para seleccionar un curso de acción entre un conjunto de posibles alternativas conductuales (Bechara *et al.*, 2000, Verdejo-García *et al.*, 2007). La *TD* ventajosa será, entonces, la capacidad para seguir, de entre las alternativas disponibles, aquella que represente mayores beneficios para el objetivo que se persigue. Diversos autores señalan que se trata de un proceso complejo en el que intervienen los aspectos cognitivos de la situación de decisión, las contingencias de recompensa y castigo asociadas a cada una de las opciones y las señales emocionales asociadas a cada una de las posibles respuestas (Verdejo García, 2004; Martínez Selva *et al.*, 2006). También se ha destacado el rol que juegan los procesos emocionales en la toma de decisión, simplificando y acelerando el proceso, reduciendo la complejidad y atenuando el posible conflicto entre dos opciones similares (Martínez Selva *et al.*, 2006).

La toma de decisión en la vida diaria se presenta en diferentes tipos de situaciones. En algunas oportunidades se trata de decisiones realizadas en circunstancias ambiguas, es decir, con consecuencias completamente indefinidas, inciertas y que no presentan ninguna información sobre los probables resultados, sean positivos o negativos. Decisiones de estas características dependen de la integridad del córtex prefrontal ventromedial, de la amígdala y del sistema límbico, y están guiadas por intuición más que por razonamiento (Brand *et al.*, 2008).

Por su parte, Janis y Mann (1977) plantean que tomar decisiones conlleva a un conflicto de decisión interno generador de estrés, que se manifiesta en dudas y vacilaciones, aplazamientos e intentos de evitación del problema. Los autores crearon un modelo que describe «cómo, cuándo y por qué el estrés psicológico generado por el conflicto de decisión impone limitaciones a la racionalidad de las decisiones de una persona en su vida personal y laboral» (p. 36). El conflicto de decisión es producido por la acción de «tendencias opuestas y simultáneas en el individuo a aceptar y rechazar, al mismo tiempo, un determinado curso de acción» (Janis y Mann, 1977, p. 46). Se trata de un fenómeno que genera una situación de estrés alimentada por dos fuentes: la preocupación por pérdidas objetivas y la preocupación por pérdidas subjetivas, y hace que confluyan en el individuo fuertes deseos

de acabar cuanto antes con el problema, precipitando una decisión (cierre prematuro del problema), y deseos no menos intensos de evitar o al menos aplazar cualquier decisión (estancamiento del problema).

Uno de los modelos teóricos psicosociales más utilizados para abordar el tema de la toma de decisiones es la Teoría del comportamiento planificado de Ajzen (1991). Esta sostiene que la conducta humana es voluntaria y está determinada por la intención conductual, que se construye a partir de tres procesos principales como las actitudes sociales, la norma subjetiva y el control conductual percibido (p. 11).

Las actitudes sociales surgen de la interacción entre las expectativas conductuales y su valoración por parte de cada individuo; la norma subjetiva es el modo en que el sujeto recibe e interpreta lo que dicen las personas y los grupos que considera relevantes, acerca de lo que debería hacer en relación con la conducta y la motivación para acomodarse a estas opiniones; y el control conductual percibido contiene las creencias que poseen los sujetos sobre su propia capacidad para realizar una conducta determinada. Finalmente, estos componentes se conforman de acuerdo con creencias que parten de la experiencia directa o medida (Ajzen, 1991).

5.1. La toma de decisiones en adolescentes: el desarrollo afectivo-sexual en adolescentes

En los párrafos anteriores se realizó un paneo de lo que comporta la toma de decisiones para el ser humano en general. Ahora se pondrá el foco en la toma de decisiones por parte de adolescentes, y puntualmente en lo referido a los comportamientos sexuales.

Como ya se mencionó, la adolescencia es una etapa caracterizada por una crisis que atraviesa todos los planos del ser humano: biológico, psíquico, psicológico, social y conductual, entre otros. Este estado de inestabilidad general, en el que se conjugan características de la niñez que se está abandonando y del adulto en el que esa persona se convertirá, afecta de manera particular la toma de decisiones.

Hay que recordar además que es en la adolescencia, precisamente, cuando se despierta la sexualidad, lo que ocurre en el marco del desarrollo físico y mental por el que atraviesa el individuo en esta etapa, en la que adquiere los caracteres sexuales secundarios y desarrolla el pensamiento maduro (Rodríguez García, 2016). La autora puntualiza, en este sentido, que la sexualidad no sólo tiene que ver con el acto de reproducirse, sino que representa la generación de deseos, sentimientos, fantasías y emociones, es decir, el desarrollo de una identidad sexual que se puede definir como aquella parte de la identidad

del individuo que le permite reconocerse y actuar como un ser sexual (Rodríguez García, 2016).

Por su parte, López Piedra *et al.* (s/f) agregan que, en esta etapa, al incrementarse el deseo sexual, los adolescentes salen en busca del otro e intentan establecer vínculos de intimidad, lo que propicia las primeras relaciones sexuales. En este tipo de vínculos, según los autores, no solo se pone en juego el impulso sexual, sino también el narcisismo del joven, que pone a prueba la propia capacidad de atraer al otro. También se produce en esta etapa el auge de las fantasías románticas y comienzan a tener preponderancia las relaciones sociales fuera del entorno familiar, especialmente con grupos de pares, lo que lleva al adolescente a contraponer los valores y la educación sexual recibida de sus padres con la de sus pares, que en muchas ocasiones están llenas de mitos derivados de la poca o nula experiencia sexual (Aryan, 2008).

Es en el marco de estos procesos complejos que los adolescentes inician su vida sexual muchas veces de manera arriesgada en términos de posibilidad de que ocurran embarazos no deseados o contagios de enfermedades de transmisión sexual (Peláez Mendoza, 2016). Entre otros factores de riesgo están el uso (in)consistente de métodos anticonceptivos, múltiples parejas sexuales y comportamiento sexual compulsivo (Manlove, Ryan y Franzetta, 2007; Manning *et al.*, 2000; O'Donnell y Stueve, 2001; y Reyna y Farley, 2006, citados en Brunet *et al.*, 2019).

De la misma forma que la complejidad propia de esta etapa afecta su vida sexual, también afecta la forma como los adolescentes toman decisiones. Según Brunet *et al.* (2019), los cambios estructurales y funcionales del cerebro que involucran los aspectos sociales de los adolescentes y los procesos de toma de decisión en esta etapa comenzaron a estudiarse a partir del auge de la psicología cognitiva y las neurociencias (p. 21). Los autores plantean que, entre los factores cognitivos y emocionales que se asocian a la toma de decisiones en la adolescencia, hay tres que se destacan por su nivel de incidencia en la conducta de los jóvenes: la impulsividad, la autorregulación y la toma de riesgo. La impulsividad se define como la inhabilidad para esperar; una tendencia a actuar sin pensar, una falta de sensibilidad a las consecuencias y una dificultad para inhibir comportamientos inapropiados (Khurana *et al.*, 2012; Reynolds *et al.*, 2007 y Romer, 2010, p. 22, citados por Brunet *et al.*, 2019). Por esta razón, se ha asociado esta característica a comportamientos sexuales de riesgo, edad temprana de la iniciación sexual, elevado número de parejas sexuales y la no utilización de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes. En cuanto a la autorregulación, esta consiste en la capacidad de alterar las respuestas para alinearse a estándares y lograr objetivos a largo plazo. Un inadecuado autocontrol se relaciona con abuso de drogas, violencia, gastos excesivos, comportamientos sexuales de riesgo, embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual

(Baumeister *et al.*, 2007; Crandall *et al.*, 2017; Griffin *et al.*, 2022; Khurana *et al.*, 2012, p. 11).

Por último, la toma de riesgos, o el «involucrarse en comportamientos riesgosos» se entiende como la adopción de determinadas actitudes que conllevan a una probabilidad de pérdida, y se trata de una característica que en la adolescencia toma protagonismo a través de comportamientos tales como manejar a alta velocidad y/o bajo la influencia del alcohol, tener relaciones sexuales sin utilizar protección o método anticonceptivo, utilizar drogas ilegales y peligrosas y cometer crímenes menores, abusos o violencia. Se puede decir entonces, que la población adolescente es más proclive que los/as adultos a tomar riesgos en el contexto de un grupo de pares (Brunet *et al.*, 2019, p. 12).

Tomando los aportes de una investigación realizada en Bolivia a universitarios de Cali y Palmira, la autora Enciso Múnera (2020) indica que la toma de decisiones específicamente en lo que refiere a comportamientos sexuales en los adolescentes, se encuentran directamente relacionadas con los conocimientos, normas, actitudes, valoraciones y significados que se construyen y emergen en su contexto sociocultural. Por lo que, la formación, interiorización y ejecución de dichos factores se dan en un marco de interacción simbólica, socialización y desarrollo de la sexualidad, que permiten al individuo crear una identidad o clasificación de sí mismo para posteriormente adquirir actitudes respecto a su papel social (p. 70).

La autora plantea que es en el contexto familiar donde el individuo da sus primeros pasos en conformar su concepción del yo y sentar las bases sobre la sexualidad y los temas morales relacionados con ella, que posteriormente influyen en el sujeto al momento de tomar decisiones determinadas. Este proceso de construcción inicial se lleva a cabo en la socialización primaria donde «el individuo adquiere un mundo y desarrolla una identidad personal» (Baró, citado en Enciso Múnera, 2020, p.62).

Por su parte, Lerner y Steinberg (2009) proponen una forma alternativa para explicar las peculiaridades comportamentales y las dificultades de los adolescentes a la hora de tomar decisiones adecuadas. Los autores consideran que estas dificultades no radican en su inmadurez cognitiva, sino en el desequilibrio entre el procesamiento emocional y racional de las situaciones (Broche y Cruz, 2014). Este nuevo enfoque, denominado *Modelo del Sistema Dual*, plantea que la inmadurez característica en las decisiones de los adolescentes se debe a la interacción entre dos sistemas neurales con distintos grados de desarrollo: el sistema socioemocional, que es esencialmente emocional y está orientado hacia la búsqueda de recompensas; y el sistema de control cognitivo, que es de naturaleza lógica y racional (Casey *et al.*, 2008; Lerner y Steinberg, 2009). De acuerdo con este modelo, durante la adolescencia el sistema de control cognitivo no ha alcanzado completamente su maduración, mientras que el sistema socioemocional sí. Por esta razón, en esta etapa

aparecen conductas con elevados componentes de riesgo, debido a que los impulsos generados por las estructuras profundas del cerebro (especialmente el sistema límbico) no pueden ser adecuadamente inhibidos por las regiones de la corteza prefrontal. Esta situación no ocurre durante la niñez, pues los dos sistemas poseen niveles de desarrollo equivalentes, como también ocurre en la juventud y la adultez.

Los aportes de Nuñez *et al.*, (2022) en *Adolescencias hoy: una mirada integral* nos ayuda a comprender en mayor detalle el funcionamiento cerebral de los adolescentes. Los autores realizan un recorrido de los diferentes factores que influyen en la maduración cerebral y destacan la etapa de la adolescencia como un período sensible del desarrollo y por tener objetivos específicos a ser alcanzados.

Algunos de los factores que se mencionan se relacionan con trastornos genéticos, metabólicos, traumáticos, tóxicos, entre otros, que pueden ser agentes estresores, que conllevan la alteración del desarrollo cerebral, generando a futuro ciertas disfuncionalidades en el adolescente.

Es en la etapa de la adolescencia donde se generan los cambios químicos, estructurales y funcionales en el cerebro que preparan al individuo para la adultez.

Cuando hablan de cambios estructurales los autores refieren al desarrollo abundante de neuronas en la etapa de la niñez, que en la adolescencia se ven reducidas, lo que ellos llaman *pruning neuronal* (p.26). Ésta se genera en la adolescencia y continúa hasta la adultez y es la encargada del control del razonamiento, la toma de decisiones y las emociones.

Luego están los cambios a nivel funcional en la corteza prefrontal, quien es la encargada de finalizar el proceso de maduración y es en la adolescencia donde las funciones ejecutivas toman mayor preponderancia en lo que refiere al control de impulsos, del juicio y de la toma de decisiones (p.2,4).

Y por último se encuentran los cambios neuroquímicos, asociados al sistema dopaminérgico, y es en la adolescencia donde se genera una mayor plasticidad de estas neuronas, lo que lleva a que se altere el pensamiento de la recompensa y de la información social (p.17,20).

Todos estos factores se encuentran directamente asociados a la toma de decisiones, están presentes e inciden en la forma en la que una adolescente afronta un embarazo, sea o no planificado o deseado, y de qué manera toma la decisión posterior de continuar o no con la gestación. De hecho, según Brunet *et al.* (2019), uno de los asuntos que ha adquirido mayor interés y relevancia social a nivel regional e internacional es el embarazo no intencional en adolescentes. En tanto constructo complejo, el estudio del embarazo no intencional requiere ir más allá de los datos sociodemográficos para explorar los pensamientos, sentimientos, comportamientos y contexto que inciden en las experiencias de las mujeres y en sus decisiones de continuar o interrumpirlo. Se debe tener en cuenta que el

embarazo no intencional en adolescentes está habitualmente asociado al uso inconsistente o el no uso de métodos anticonceptivos, lo que se relaciona con el déficit o falta de acceso a información, educación sexual, métodos anticonceptivos seguros y servicios de salud sexual y reproductiva (Rodríguez Vignoli, citado en Brunet *et al.*, 2019).

Por su parte, Benedet y Ramos (2009), en una investigación realizada a mujeres y varones adolescentes en situación de embarazo, en los servicios de salud de Uruguay, obtuvieron testimonios sobre la percepción que tienen los adolescentes acerca de la toma de decisiones sexuales y reproductivas. Estos destacan que las adolescentes que concurren a atenderse al servicio son responsables en el uso de métodos anticonceptivos, mientras que los varones no lo son en la toma de decisiones, no acuden a los servicios y tampoco quieren que sus parejas se protejan con MAC (métodos anticonceptivos). A su vez, las adolescentes de menor edad dependen para la toma de decisiones de los adultos referentes que las rodean y, en ocasiones, no tienen muchas oportunidades de decidir. Mientras que las adolescentes de edades más avanzadas se dirigen al centro con sus respectivas parejas y las decisiones son más compartidas, pero en general todas las decisiones están libradas al azar. Los varones participan pocas veces en estas, son pocos los que acompañan a su pareja durante todo el proceso.

La mayoría de los estudios disponibles han examinado los factores sociales, económicos y culturales implicados, y apuntan a la necesidad de comprender estos determinantes sociales y psicológicos que afectan la toma de decisiones sobre embarazo y sobre «embarazo hipotético» en adolescentes mujeres y varones. Esto conlleva conocer sus reacciones emocionales, sus respuestas cognitivas, sus actitudes subjetivas frente a la maternidad, la paternidad y el aborto, de modo de examinar cómo inciden en la decisión final de continuar o interrumpir un embarazo o embarazo hipotético (Brunet *et al.*, 2019, p.12). Respecto a una situación de embarazo hipotético, los resultados del estudio realizado por estos autores muestran que las actitudes subjetivas sobre maternidad y aborto tienen efectos importantes sobre la decisión de continuar o interrumpir el embarazo. Por ejemplo, los y las adolescentes con actitudes positivas frente al aborto, frente a una situación hipotética de embarazo, tienden a decidir interrumpirlo, mientras que quienes tienen actitudes negativas frente al aborto tienden a decidir continuar con este (p.13).

En la misma línea, otros autores también subrayan que, desde el punto de vista conductual, se manifiestan en la adolescencia conductas de búsqueda de independencia de la protección familiar, aumentando así la interacción social con los pares e intensificando la búsqueda de novedades y riesgos (Casey *et al.*, 2008; Crews *et al.*, 2007).

Esto trae como consecuencia la disminución en la capacidad de autorregulación (Steinberg, 2008), lo que lleva a los adolescentes a incurrir en conductas arriesgadas,

búsqueda de sensaciones y novedades que serían necesarias para el logro de la autonomía y para desarrollar las capacidades propias de la vida adulta (Luna, 2009).

Existen otros factores que inciden, puntualmente, en la propensión de los adolescentes a tomar decisiones arriesgadas y en su capacidad para diseñar planes con metas a mediano y largo plazo. Esto se vincula en forma directa con la toma de decisión específica por parte de una adolescente embarazada a la hora de decidir si será o no madre.

Uno de los factores que explicaría por qué los adolescentes optan por tomar decisiones más arriesgadas sería la maduración asimétrica del control cognitivo y afectivo. Según diversos autores, en los adolescentes madura primero la capacidad de ejercer control cognitivo sobre la conducta, permitiendo que razonen y consideren lógicamente las consecuencias de sus acciones. Pero debido a que el control afectivo madura más tarde, la capacidad para inhibir los impulsos que buscan una satisfacción a corto o mediano plazo no es completa (Xiao *et al.*, 2008).

Los autores mencionados afirman que los cambios cognitivos que se producen en esta etapa tendrían influencia sobre la toma de decisiones, especialmente en el dominio de las funciones ejecutivas (FE), que incluyen una amplia gama de actividades, habilidades, estrategias y procesos.

Estos se vinculan a los siguientes aspectos:

[...] la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes, la inhibición de respuestas inapropiadas, la adecuada selección de conductas y su organización en el espacio y en el tiempo, la flexibilidad cognitiva en la monitorización de estrategias, la supervisión de las conductas en función de los estados motivacionales y afectivos, y la toma de decisiones (Verdejo García, Orozco Giménez, Meersmans Sánchez-Jofre, Aguilar De Arcos y Pérez García, citados en Castillo *et al.*, 2013, p.1109).

Esta capacidad de diseñar planes a futuro implica tener que elegir diferentes caminos a seguir, balancear ventajas y desventajas de las decisiones y pensar estrategias de acción para llegar a los objetivos. En este período, debido al incremento en la actividad del núcleo *accumbens* (Casey *et al.*, 2008), la toma de decisión suele ser desfavorable por la tendencia a la búsqueda de sensaciones y novedades y a la inclinación por tareas de riesgo.

Para finalizar este apartado, se tomarán en consideración los aportes de la OMS (2019) en lo que refiere a la toma de decisiones sexuales y reproductivas por parte de los adolescentes. Se trata de sugerencias destinadas a los gobiernos, quienes en parte son los responsables de la formulación de políticas y de la adopción de decisiones de los ministerios de salud, encargados de las políticas y programas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes (SDSRA).

Se hace hincapié, fundamentalmente, en las oportunidades que se les brindan a los jóvenes en el acceso a herramientas necesarias para que puedan desarrollar todo su potencial y que factores como la pobreza, inseguridad, normas sociales, que limitan su

autonomía y las legislaciones restrictivas, incrementan aún más su vulnerabilidad ante los problemas sociales y de salud. Según lo que establece la oms (2019), los adolescentes necesitan servicios sociales, de salud y de educación que trabajen en estrategias para satisfacer sus necesidades y así promover el respeto de sus derechos y evitar la toma de decisiones riesgosas para su salud.

6. Maternidad en la adolescencia

La maternidad, al igual que el embarazo, es un fenómeno complejo de estudiar puesto que abarca procesos sociales y culturales y ha ostentado diferentes significados a lo largo de la historia. En lo que refiere a la construcción social de la maternidad, esta se encuentra estrechamente vinculada, entre otros aspectos, a los roles que históricamente se le atribuyen a cada género, y al devenir de la conformación de la familia en tanto núcleo base de la sociedad. Según Engels (1884/1986), al estudiar la historia de la familia se observa que, más allá de los cambios acaecidos en su composición y en las líneas de descendencia y de herencia, el cuidado del hogar y de los/las hijos/as siempre estuvo a cargo de la mujer.

Estos cambios en el ámbito de la conformación familiar tienen un punto de inflexión cuando se pasó de vínculos de pareja no monogámicos a vínculos monogámicos. En los primeros, la paternidad no era segura y la línea de descendencia y la herencia se establecían únicamente por derecho materno, lo que concedía a la mujer un rol preponderante y de privilegio social. Con el advenimiento de la monogamia, añade Engels (1884/1986), se establece el predominio del hombre con el fin de procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible. Así se garantiza que los hijos sean los únicos herederos de los bienes de su padre, y el hombre pasa a ser el único con potestad para romper el vínculo matrimonial por su sola voluntad, entre otros privilegios en desmedro a los que pasa a ostentar la mujer.

Progresivamente, con el asentamiento, la domesticación de animales, la agricultura, el establecimiento de la propiedad privada y la restricción paulatina de los núcleos familiares —que generaron un círculo centrado cada vez más sobre un hombre y una mujer como célula básica de la familia, excluyendo del intercambio sexual a todos quienes tenían lazos sanguíneos—, se fueron gestando las condiciones para el derrocamiento del derecho materno como forma de herencia y establecimiento de la filiación (Engels, 1884/1986).

Es a partir de estos cambios en la familia y en la sociedad, que, según Badinter (1991), se fue construyendo e instalando progresivamente, en el imaginario colectivo, la idea de un amor maternal instintivo e incondicional, presente en todos los tiempos y culturas. Según esta concepción, lo normal y natural es que toda mujer quiera ser madre, ame a sus hijos/as y tenga dentro de sí las herramientas necesarias para enfrentar estos hechos; como si se tratara de una máquina de procrear, en la que la actitud maternal surge en forma instantánea y automática (Badinter, 1991). En este sentido, Arvelo Arregui (2004) sostiene que, de manera no tan consciente, la maternidad, como construcción que es, ha sentado sus bases iniciales en el orden biológico, transversalizando y determinando integralmente todo su posterior desarrollo.

En la misma línea, Loraux y Vegetti-Finzi (1996) sostienen:

La maternidad históricamente ha estado asociada a la fecundación, fertilidad, en clara similitud con las propiedades de la tierra. Así mismo se le vincula con la protección, afecto, conservación, cuidado, incondicionalidad, sacrificio, al orden biológico, natural, instintual. Por otra parte, la relación con lo genérico ubica lo maternal con el eterno femenino, con lo inmutable, universal y a la vez con lo enigmático, misterioso (citados en Arvelo Arregui, 2004, p. 93).

Una primera forma de abordar la maternidad, por tanto, es observarla, por un lado, desde su perspectiva biológica, que abarca la reproducción en sí; y por otro, en sus planos simbólico y cultural (Amorín *et al.*, 2006). En lo que refiere a su dimensión biológica, la maternidad se representa como un conjunto de prácticas basadas fundamentalmente en el afecto —que se supone emana de lo biológico— y que conlleva natural y necesariamente el sacrificio, el altruismo y la renuncia a los logros personales (Amorín *et al.*, 2006).

En cuanto a la dimensión social y simbólica, los autores sostienen que la construcción social de la maternidad se comprende a partir de una doble dimensión social, que supone una continua interrelación entre un nivel macrosocial y otro microsocia. Es así que los discursos, las percepciones, las valoraciones y las prácticas adquieren significado a través de la mediación entre ambas dimensiones (Amorín *et al.*, 2006).

Pantélides señala al respecto:

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden ser concebidos como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis que van desde lo más alejado (el nivel macrosocial) a lo más próximo a la conducta misma, el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales (2004, p. 169).

Por su parte, Checa y Rosenberg (citados por Amorín *et al.*, 2006,) también hablan de dimensiones biológicas y simbólico culturales, y afirman que las estas «se implican y se sostienen mutuamente» (p.7). Los autores aclaran, no obstante, que «en las representaciones sociales más corrientes se imagina esta duplicidad en una dicotomía que hace coincidir la paternidad con lo social simbólico y la maternidad con lo real biológico» (p.7). Esto hace referencia a que, tanto la gestación como el parto en sí, convierten de forma biológica a la mujer en madre, pero estos hechos no son suficientes para abarcar en un mismo universo igualitario a todas las mujeres ni tampoco adjudicar a las madres como un grupo segmentado con características particulares. Se deberá tener en consideración la transformación que ha habido a lo largo de la historia y aún en un mismo contexto, religión y/o etnia, diferencias etarias, entre otros componentes de la relación de la mujer con la maternidad. Además, se debe tomar como punto de partida que ser mujer no es igual a madre y de que todas las madres no cumplen necesariamente con el rol de *madre* (Amorín *et al.*, 2006).

En síntesis, podemos afirmar que la maternidad es un constructo sociocultural de enorme incidencia en la vida de las mujeres, tanto de las que deciden ser madres como de las que no, ya que el mandato oficia de la misma manera. La complejidad de este rol se refuerza y potencia cuando es una joven adolescente la que la vivencia, tal como se verá en los siguientes párrafos.

Como ya se mencionó, cuando una adolescente decide ser madre, se suman nuevas complejidades a las ya inherentes a la maternidad en general, que se detallaron anteriormente. La maternidad en la adolescencia posee características sociales específicas, y debe situarse como un fenómeno complejo y relacional que involucra no solo a la adolescente, su familia y al varón progenitor del embarazo sino también a los modos de organización social y simbólica (López y Varela, 2016). Para su análisis se requiere de un enfoque multidimensional en el que se analicen de manera interconectada diversos factores implicados que repercuten directa e indirectamente en el ejercicio de la maternidad.

Según Amorín *et al.* (2006), los adolescentes perciben la maternidad en relación con los mandatos de género establecidos por la sociedad, es decir, por la cultura y el contexto social al que pertenecen, que a su vez se entrelazan con la etapa evolutiva por la que atraviesan. Los autores plantean que es a través de los discursos y prácticas que los jóvenes pueden interpretar lo que significa ser madre, cómo es el rol y cuál es la valoración que tienen sobre la maternidad.

Por su parte, García *et al.* (2017) explicitan que la maternidad a edades tempranas inserta a los adolescentes de forma abrupta en el mundo adulto, para el que no están preparados, generando así consecuencias futuras para ellos y sus hijos. También plantean que, en varias investigaciones sobre la experiencia de embarazo en adolescentes, se percibe que, para los jóvenes, el hecho de tener hijos a edades tempranas se vincula con «expectativas de vivir en seguridad, recibir cuidados y atenciones, es decir que el embarazo es vivido como una solución a una situación hostil, lo cual se vincula a los estereotipos de género basada en la división de lo público-social y lo privado doméstico» (p. 120).

Por lo que es posible interpretar que la maternidad en la adolescencia conlleva una desigualdad social y trunca para el futuro de las adolescentes en cuanto a proyectos de vida, ya sea en su desempeño educativo como en lo laboral. La maternidad limita a los jóvenes en el desarrollo de capacidades que les permitan mejores y mayores posibilidades de inserción laboral y social.

Es desde la perspectiva de Llanes Díaz (2012) que se debe concebir la maternidad como una experiencia subjetiva, lo que implica considerar a las adolescentes madres como actores que se encuentran inmersos dentro de contextos socioeconómicos y culturales concretos que tienen la capacidad de transformar sus prácticas sociales. Así es que, aunque

la maternidad haya sido deseada o accidental, se considera que las adolescentes significan esta experiencia y le otorgan sentido a lo largo de sus trayectorias de vida.

7. Aborto en Uruguay

La interrupción voluntaria del embarazo es un tema complejo de abordar, más allá de la relevancia y visibilización que ha tenido en los últimos 20 años, a raíz de las reivindicaciones, particularmente por parte de colectivos feministas, para que dicha práctica sea despenalizada, lo que ha ocurrido en diversos países.

La decisión de abortar constituye un momento clave para la vida de una mujer por distintos motivos, entre otros, los ya mencionados mandatos vinculados a la maternidad que pesan sobre la mujer; las objeciones de orden religioso o de conciencia; el deseo de no ser madre en determinado momento, entre otros. Por lo que, en este camino de análisis, la autonomía juega un papel importante en la estructura de una mujer que decide abortar, quien debe saber que ella, en tanto persona, puede decidir sobre su maternidad. Sin embargo, la maternidad continúa siendo un mandato para miles de mujeres, incluso cuando se enfrentan a embarazos no viables (Rostagnol, 2006).

Uruguay ha presentado un desarrollo temprano de políticas y programas en diferentes áreas de la salud sexual y reproductiva (SSyR), respecto al contexto de la región, pero recién a partir de 1996 se comenzaron a elaborar e implementar políticas y programas específicos en SSyR a nivel estatal. Estas fueron en cumplimiento de lo estipulado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo en 1994 (ONU, 1995), y de la IV Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en 1995 en Beijing (ONU, 1996), y también por las reivindicaciones y estrategias desarrolladas desde la sociedad civil organizada, en particular desde el movimiento feminista.

En lo que respecta específicamente al aborto, en Uruguay ha sido tema de debate desde comienzos del siglo XX. A partir de 1938, la Ley N.º 9763 consideraba la práctica ilegal y estaba penalizada, aunque podía haber exención de pena en determinadas circunstancias: cuando el embarazo era producto de una violación, por el honor de la familia, por angustia económica o por riesgo de vida de la mujer (Ley N.º 9763, 1938). A partir del año 1985, luego de recuperada la democracia, hubo una serie de intentos por posicionar el tema del aborto en el debate parlamentario, impulsados fundamentalmente por sectores del Frente Amplio (fuerza política progresista) en alianza con organizaciones de mujeres, en especial feministas, quienes fundamentaban la legalización del aborto bajo la premisa del derecho a decidir. En 2008, se aprobó la *Ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*, en la que el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, promoviendo políticas nacionales de salud sexual y reproductiva (Ley N.º 18426, 2008). Ese mismo año, la coalición política Frente Amplio había logrado aprobar la legalización del aborto en el Parlamento, pero el entonces presidente

uruguayo, Tabaré Vázquez decide vetar la ley para despenalizar el aborto, pese a que había logrado la aprobación del Congreso y del Senado de su país.

En 2010 se incorporan de forma obligatoria los servicios de salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Proponen universalizar el acceso a la salud, dar justicia en este, equidad en el gasto y financiamiento, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema.

Finalmente, en 2012 se promulgó la *Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo* (Ley N.º 18.987, 2012), que se puso en marcha en el marco del SNIS, y expresa la necesidad de promover programas asistenciales con el propósito de disminuir riesgos y daños en caso de embarazos no deseados, desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos, así como con los derechos humanos. La ley regula la práctica del aborto bajo determinados requisitos: que la interrupción del embarazo se realice durante las primeras 12 semanas de gestación, y, en caso de que sea fruto de una violación, durante las 14 primeras semanas; que se cumpla con un procedimiento previo que incluye una consulta con un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales de ginecología, de salud mental y de trabajo social, tras la que la solicitante debe contar con un periodo de cinco días para reflexionar. La ley ampara a toda mujer uruguaya mayor de 18 años, sin condiciones; extranjeras con un año de residencia en el país y menores de 18 años, con autorización de adultos a cargo o judicial en caso de que una menor decida abortar en contra de la voluntad de sus padres o tutores, la decisión final estará a cargo de un juez. A su vez, se obliga a todas las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud a garantizar el acceso al aborto legal dentro de estos plazos.

7.1 Aborto en adolescentes

Respecto a la población adolescente, la plataforma de acción de la CIPD (1994) en el artículo 11, Ley N.º 18.426, (2008), incluye algunas consideraciones en las que subraya la importancia de difundir y de proteger los derechos de los niños/as y de los adolescentes.

Se establece:

Todo niño, niña o adolescente tienen derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda (Artículo 11, Ley N.º 18.426, 2008).

En Uruguay, el artículo 7 de la ley N.º 18.987 hace mención de las adolescentes menores de 18 años y de la necesidad de un consentimiento del padre, madre o tutor, en caso de que decidan interrumpir un embarazo no deseado, pues se toma como criterio el

concepto de autonomía progresiva. Este principio está inspirado en la nueva condición jurídica del niño y el adolescente, establecida en el *Código del Niño y el Adolescente* (CNA), donde se los reconoce como sujeto de derechos, lo que significa que cada niño y adolescente tiene la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir responsabilidades y nociones básicas de derecho conforme a la edad que esté viviendo.

Esto se traduce en la definición de una esfera de autonomía progresiva que se va ampliando a medida que el niño va creciendo y desarrollando sus capacidades de discernir y determinarse por sí mismo. Esto significa que dicha esfera de autonomía resulta mucho más amplia en la adolescencia que en las primeras etapas de la niñez (MSP *et al.*, 2012).

Con base en estos principios, en los casos de adolescentes menores embarazadas, el médico ginecólogo tratante deberá respetar la confidencialidad de la consulta, recabar su consentimiento, procurando que las decisiones se adopten con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, y respetando en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes.

Más allá de la ley que legaliza el aborto, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en Uruguay, estos se vienen posicionando en la agenda política desde hace dos décadas, lo que resultó en la creación de programas específicos, como el Programa Nacional de Salud Adolescente, que significó un avance sustancial en materia de derechos. En el mismo marco surgieron publicaciones y guías clínicas destinadas a esa población, así como protocolos específicos para el primer nivel de atención, lo que habilitó formas de atención personalizadas, con profesionales capacitados en la temática (Blanco y Ramos, 2015).

Durante el año 2013, el primer año de implementación de la *Ley de Interrupción Involuntaria del Embarazo* (IVE), datos del MSP indican que se realizaron 6676 abortos a través del SNIS, de los que el 18 por ciento (1240) fueron de adolescentes (MSP, 2014). Por otro lado, un estudio realizado por la organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), a través del Observatorio Nacional de Género y Salud Sexual y Reproductiva, revela que, desde la puesta en marcha de la ley, se han evidenciado una serie de obstáculos en el proceso de implementación de la IVE, como la objeción de conciencia manifestada por parte de algunos profesionales, hecho que está amparado en la misma ley (MYSU, 2014).

A raíz de lo mencionado anteriormente es que la Ley N.º 18.987 señala, al respecto, que los médicos ginecólogos y el personal de la salud «que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo tres y el artículo seis de la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen» (Ley 18.987, 2012, artículo 11).

De aquí se desprende que quienes no hayan expresado objeción de conciencia no podrán negarse a realizar los procedimientos referidos. Los debates en torno a la objeción

de conciencia desde los ámbitos académicos ponen especial énfasis en la regulación de este dispositivo para que su aplicación no tenga como consecuencia prácticas abusivas y termine repercutiendo directamente en la mujer que se encuentre en proceso de aborto.

La mayoría de los estudios realizados sobre aborto voluntario en Uruguay fueron llevados a cabo en el marco de ilegalidad de la práctica. Algunos autores como Amorín *et al.* (2006) investigaron las reacciones de las adolescentes frente al embarazo no esperado y, en su mayoría, encontraron valoraciones negativas sobre el aborto (Amorín *et al.*, 2006).

En Uruguay a nivel mundial, se encontraron diversos estudios que plantean que los motivos principales asociados a la decisión de abortar, específicamente en adolescentes, son: la falta de condiciones para asumir la maternidad, temor a que el embarazo interfiera en su desarrollo personal, deseo de continuar con sus estudios, no tener pareja estable o no recibir apoyo por parte de esta y razones de índole económica (Greice *et al.*, 2006; Sanger, 2009; Bermúdez *et al.*, 2010; Doblado *et al.*, 2010; Bermúdez *et al.*, 2012; y Maranhao *et al.*, 2016)

7.2 El aborto en el ámbito internacional

En lo que refiere al ámbito internacional, existe una declaración de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), del año 1994, en la que se reconoce que cada persona tiene derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos, así como también a recibir información y asesoría confiable sobre los métodos de planificación familiar, y se insta a los Estados a contar con leyes que protejan dichos derechos. En esa misma declaración, la CIPD realiza una sugerencia específica respecto a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos, expresa que «los Estados deben comprometerse a asegurar el acceso universal a los servicios de planificación familiar y a los servicios de salud sexual y reproductiva, con un marco legal que los garantice y que los promueva» (p. 21).

Una revisión de los estudios disponibles en América Latina y el Caribe sobre la realidad del aborto en la región demostró que las mujeres sin hijos son las que más recurren a esta práctica, en comparación con aquellas que ya son madres. Una investigación realizada en Argentina reveló que la ilegalidad no interfiere en la decisión de las mujeres de abortar, pero sí en el procedimiento.

Algunos estudios disponibles en Cuba, donde el aborto es legal, señalan que existe una alta prevalencia del aborto inducido en las adolescentes, hecho que se relaciona, entre los posibles factores, con la falta del uso de métodos anticonceptivos y con el inicio de la vida sexual a temprana edad. El proceso de toma de decisiones para el aborto entre las

adolescentes se apoya más en las madres que en otros actores sociales. Se identifican diferentes formas de percibir la responsabilidad para recurrir al aborto (Álvarez Vázquez *et al.*, 2017).

En el caso de México, los resultados de una investigación evidenciaron que la maternidad tiene un alto valor social, lo que genera un estigma frente al aborto que hace que se interpongan obstáculos en los itinerarios de acceso a este.

Investigaciones realizadas en México demuestran que las únicas entidades que permiten a las mujeres interrumpir su embarazo de manera legal, sin importar la causa, son Oaxaca y la capital, Ciudad de México DF. Sin embargo, todos los estados del país contemplan la violación como una causante legal para interrumpir el embarazo, aunque los códigos penales difieren notablemente respecto a otras causas permitidas para ese procedimiento, sin que haya sanciones de cárcel.

Para finalizar este apartado, García Baños *et al.* (2013) plantean que en la mayoría de los países en los que el aborto voluntario es ilegal, los servicios de salud e información sobre métodos anticonceptivos se encuentran inaccesibles para los jóvenes. De igual forma sucede con el acceso a educación sexual, ya que, en muchas regiones, aún se encuentra instaurado el mito de que proporcionar información a los adolescentes sobre sexualidad incentiva las relaciones sexuales a edad temprana. Sin embargo, las evidencias disponibles indican lo contrario, los adolescentes tendrán comportamientos de manera responsable si se les brinda herramientas e información sobre ello.

8. Conclusiones y reflexiones finales

La idea de este trabajo fue profundizar sobre una temática compleja de abordar como es el embarazo en la adolescencia y la decisión crucial de continuar o interrumpir un embarazo no intencional o no deseado. Si bien se investigaron y analizaron los aspectos fundamentales que acarrea este asunto, es necesario seguir indagando otras dimensiones de la problemática. Este proceso debe estudiarse caso a caso, teniendo en consideración el contexto social de cada adolescente, el momento histórico y los determinantes sociales que interfieren en la toma de decisiones de los jóvenes.

En base al recorrido bibliográfico y a las investigaciones realizadas tanto en Uruguay como en otros países mencionados, se puede concluir que, en la mayoría de los casos, los embarazos precoces en adolescentes son no intencionales. Uno de los motivos principales se encuentra directamente relacionado con el uso inconsistente de los métodos anticonceptivos, un comportamiento que está asociado de forma directa con diferentes factores que se plasmaron en este trabajo y que se vincula a los cambios y conflictos que caracterizan esa etapa de la vida por la que transitan los adolescentes. Por lo que se concluye que, el embarazo en la adolescencia constituye un problema social vigente, con serias afectaciones sobre la salud y la calidad de vida de este grupo poblacional, cuyo impacto es psicosocial, por lo que es necesario un abordaje integral.

Durante la producción monográfica se logró identificar los motivos que llevan a las jóvenes a tomar la decisión de continuar o interrumpir un embarazo. En caso de continuar, lo que significa ser madre adolescente, que les concede un nuevo rol con nuevas responsabilidades y el acceso a ciertos derechos y deberes, sumado a las características propias de la etapa por la que están atravesando. Por otra parte, en caso de decidir abortar, el proceso implica, con acompañamiento profesional, los requisitos que establece la Ley N° 18.987 y algunas consideraciones relevantes que se deberán tener en cuenta para proteger los derechos de las adolescentes.

En este sentido, se constató que es clave el papel que tienen los servicios de salud en Uruguay, especialmente a partir de la legalización del aborto en 2012, ya que es el primer lugar al que concurren las adolescentes cuando tienen una decisión tomada, buscando de alguna manera el apoyo, la comprensión y el acompañamiento de los profesionales.

Se espera que los estudios de investigación y bibliografía recorridos en este trabajo colaboren para generar una mayor apertura al diálogo y al intercambio y puedan dar mayor visibilidad a la importancia que tiene el acompañar a los jóvenes en el transcurso de la etapa evolutiva por la que transitan, en especial por parte la familia e instituciones educativas. Ellos son los referentes principales para los adolescentes, por la influencia que ejercen en su

proceso de crecimiento y en la transmisión de herramientas y conocimientos necesarios para que puedan enfrentarse al mundo de la mejor forma posible.

Asimismo, se constató la necesidad de potenciar la prevención y el cuidado al momento de influir en la toma de decisiones de las adolescentes, ya que pueden llegar a ser de riesgo; así como tener en cuenta las creencias y conceptos que las jóvenes tienen sobre la maternidad temprana y las valoraciones que hay sobre el aborto, para dar información de calidad que las ayude en esos momentos claves.

También es necesario seguir investigando las consecuencias que conlleva para la adolescente tanto la decisión de continuar con un embarazo y enfrentar la maternidad, como la de interrumpirlo. Como se pudo observar, el embarazo atraviesa e impacta en el acceso a oportunidades y proyectos de vida, la continuidad en el sistema escolar, la inserción en el mercado laboral, el vínculo con su pareja y/o padre del bebé, entre otros aspectos de la vida actual y futura de la adolescente, que deben ser analizados y contemplados como factores claves en el desarrollo de estrategias y acciones de prevención y disminución de embarazos en la adolescencia.

En conclusión, es una problemática de enorme relevancia en Uruguay y diversos países, lo que habilita que se generen un abanico de posibilidades para continuar investigando desde la perspectiva de los diferentes actores sociales: adolescentes, familias, parejas y profesionales, ahondando en diversos discursos respecto a la temática trabajada con el fin de identificar otros aspectos fundamentales y modos de intervención.

9. Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1986). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Paidós.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/074959789190020T?via%3Dihub>
- Álvarez Vázquez, L., Rodríguez Cabrera, A., Salomón Avich, N. y Domínguez, Y. (2017). Adolescencia y aborto en Cuba. Percepciones de adolescentes y actores sociales. *Revista Población y Desarrollo: argonautas y caminantes*, 13, 45-52.
- Amorín, D. (2008). *Cuadernos de Psicología Evolutiva. Apuntes para una posible psicología evolutiva* (Vol. II). Psicolibros Waslala.
- Amorín, D., Carril, E., Varela, C. (2006) Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo. En: López A, Coordinador. Proyecto género y generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya. Montevideo: Trilce, 2006, P. 125-246.
- Arvelo Arregui, L. (2004). Maternidad, paternidad y género. *Otras miradas*, 4(2), 92-98.
<https://www.redalyc.org/pdf/183/18340203.pdf>
- Aryan, A. (2008). Clínica y Práctica Psicoanalítica con Adolescentes. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 2.
<https://www.controversiasonline.org.ar/images/stories/PDF/Aryan.pdf>
- Badinter, E. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX* (Vol. I de Padres e Hijos). Paidós.
- Baumeister, R., Vohs, K. y Tice, D. (2007). The Strength Model of Self-Control. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 351-355.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>
- Bechara, A., Tranel, D. y Damasio, H. (2000). Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*, 123(11), 2189-2202.
<https://doi.org/10.1093/brain/123.11.2189>
- Benedet, L. y Ramos, V. (2009). *Mujeres y varones adolescentes en situación de embarazo en los servicios de salud*. Facultad de Psicología.

- Bermúdez, R., Domínguez, B., Jiménez, M. C. y Puentes, E. (2010). Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(2), 145-159. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n2/gin13210.pdf>
- Bermúdez, Y., Figueroa, M. R. y Urgellés, S. (2012). Comportamiento Sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes en escuelas de educación superior. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 549-557. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400012
- Blakemore, S. J. (2018). *La invención de uno mismo. La vida secreta del cerebro adolescente*. Ariel.
- Blanco R. y Ramos V. (2015). Acciones de los organismos del Estado sobre adolescencia y sexualidad. En A. López (coord.), *Adolescencia y Sexualidad. Investigación, Acciones y Política Pública en Uruguay (2005-2014)* (pp. 133-137). Facultad de Psicología, Universidad de la República, UNFPA.
- Blanco, L., Cedré, O. y Guerra, M. E. (2015). Factores determinantes del embarazo adolescente. *Revista de odontología pediátrica*, 14(2), 109-119. <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v14n2/a3.pdf>
- Brand, M., Heinze, K., Labudda, K. y Markowitsch, H. (2008). The role of strategies in deciding advantageously in ambiguous and risky situations. *Cognitive Processing*, 9, 159-173. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10339-008-0204-4>
- Broche, Y. y Cruz, D. (2014). Toma de decisiones en la adolescencia. Entre la razón y la emoción. *Ciencia Cognitiva*, 8(3), 70-72. <https://www.cienciacognitiva.org/files/2014-21.pdf>
- Brunet, N., Fernández Theoduloz, G. y López Gómez, A. (2019). *Toma de decisiones y comportamientos sexuales en adolescentes. Diseño y resultados de un estudio en Uruguay (2017-2019)*. UDELAR, UNFPA.
- CAF. (2018). *Agenda Educativa 2018-2022*. Banco de Desarrollo de América Latina. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1212>
- Casey, B. J., Getz, S. y Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28(1), 62-77. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0273229707000494?via%3Dihub>
- Castillo, D., Acuña, I., Godoy, J. C. y Bechara, A. (2013). Toma de decisiones en adolescentes: rendimiento bajo diferentes condiciones de información e intoxicación

- alcohólica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 195-214.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2008). *Juventud y cohesión social en Iberoamérica*. CEPAL.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3639/1/S2008100_es.pdf
- Crandall, A., Magnusson, B., Novilla, L., Novilla, L. y Dyer, J. (2017). Family Financial Stress and Adolescent Sexual Risk-Taking: The Role of Self-Regulation. *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 45-62.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-016-0543-x>
- Crews, F., He, J. y Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 186, 189-199.
https://www.researchgate.net/publication/6579109_Crews_FT_He_J_Hodge_C_Adolescent_cortical_development_a_critical_period_of_vulnerability_for_addiction_Pharmacol_Biochem_Behav_86_189-199
- Delgado Mite, I. V. (2016). *Prevalencia, factores determinantes y consecuencias del embarazo en adolescentes del Colegio Técnico de Portoviejo. Periodo 2011. Propuesta de Medidas Educativas*. [Tesis de maestría], Universidad de Guayaquil.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/42039/1/CD%2020045-%20DELGADO%20MITE%20INGRID%20VANESA.pdf>
- Díaz-Loving, R., Rocha Sánchez, T. E. y Rivera Aragón, S. (2007). *La instrumentalidad y la expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural*. Miguel Ángel Porrúa.
- Doblado, I., De la Rosa, I. y Junco, A. (2010). Aborto en la adolescencia: un problema de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(3), 409-421.
- Enciso Múnera, N. (2020). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en universitarios de Cali y Palmira: algunos factores asociados. *Colección académica de Ciencias Sociales*, 7(1), 60-73.
- Engels, F. (1884/1986). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*, Trad.). Progreso.
- Escobar, J. (2009). *La asexualidad en los adolescentes*.
<https://www.monografias.com/trabajos76/sexualidad-adolescentes/sexualidad-adolescentes2>
- Espinosa, R. y Corembli, M. (2008). Adolescencia y Tecnocultura, aproximación al estudio de las culturas juveniles y las nuevas formas de lazo social desde una perspectiva psicoanalítica. *Asociación Psicoanalista de Buenos Aires*, 30(2/3), 247-268.

- Fainsod, P. (2008). Embarazos y maternidades adolescentes. En G. Morgade y G. Alonso, *Cuerpos y Sexualidades en la Escuela. De la «normalidad» a la disidencia*. Paidós. https://www.edumargen.org/docs/2018/curso25/unid04/apunte05_04.pdf
- Fernández, A. M. (1994). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe. (26 de septiembre de 2020). *Declaración de Harold Robinson*. <https://lac.unfpa.org/es/news/%E2%80%9Cno-queremos-m%C3%A1s-ni%C3%B1as-embarazadas%E2%80%9D-4>
- Fraser, N. y Honnet, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento?* Morata.
- García Baños, L., López Baños, L. y Alonso Sicilia, M. (2013). La bioética y el derecho de las adolescentes en el aborto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(4), 404-412. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2013/cog134j.pdf>
- García y Barragán, L., Correa, F., García, T. y Viridiana, A. (2017). El embarazo adolescente desde una perspectiva contemporánea. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(1), 111-121. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28452860011>
- García, A. y Pereira, M. (2010). Gravidéz na adolescência: um olhar sobre um fenómeno complexo. *Revista de Educação Paideia*, 20(45), 126-131.
- Greice, M., Menezes, E., Aquino, M. L. y Oliveira da Silva, D. (2006). *Aborto provocado na juventude: desigualdades sociais no desfecho da primeira gravidez*. *Instituto de Saúde Coletiva*, 22(7), 1431-1446. <https://www.scielo.br/j/csp/a/tgB3Tg4bVmTqYfKbKBfFMwz/?format=pdf&lang=en>
- Griffin, K., Scheier, L., Acevedo, B., Grenard, J. y Botvin, G. (2022). Long-Term Effects of Self-Control on Alcohol Use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 1-23. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010001>
- Hall, S. (1904). *Teoría sobre la Adolescencia* (Vol. I). The Appleton Company.
- Janis, I. L. y Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. Free Press.
- Khurana, V., Merlo, P., DuBoff, B., Fulga, T., Sharp, K., Campbell, S., ... Feany, M. (2012). A neuroprotective role for de DNA damage checkpoint in tauopathy. *Aging Cell*. 11, 360-362. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1474-9726.2011.00778.x>

- La ciudad. (2007). Embarazo y maternidad adolescente, caras de la inequidad social. *Revista La Capital*, 49661. https://archivo.lacapital.com.ar/2007/11/19/ciudad/noticia_428636.shtml
- Lerner, R. y Steinberg, L. (2009). The Scientific Study of Adolescent Development. *Handbook of Adolescent Psychology*, 1, 3-14. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy001002>
- Ley 18.426. (1 de 12 de 2008). *Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva*. Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Ley 18.987. (22 de octubre de 2012). *Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley del aborto*. Montevideo, Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>
- Ley 9763. (28 de 1 de 1938). *Artículo 1. Modificase el capítulo IV, título XII del libro II del Código Penal*. Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9763-1938>
- Llanes Díaz, N. (2012). Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva. *Revista Sociológica*, 27(77), 235-266.
- López Piedra, J., López Corral, J., López Corral, J. y Martínez, A. (s/f). *La sexualidad en la etapa de la adolescencia. Fases, Características, Problemáticas Generadas y su Afrontamiento*. Centro para la Atención Integral al Adolescente (CAIA). Cátedra de Sexología y Educación de la Sexualidad de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. COKAJIC, Confederación de Adolescencia de Iberoamérica y el Caribe. http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Cap%C3%ADtulo%206-%20La%20Sexualidad%20en%20la%20Adolescencia_0.pdf
- López Gómez, A (1995-2004). *Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay*. 2^{do} Encuentro Universitario: salud, género, derechos sexuales y derechos reproductivos. Facultad de Psicología.
- López, A. y Abracinskas, L. (2009). El debate social y político sobre la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. *Cuadernos del UNFPA*, 3, 1-60.
- López, A., Varela, C. (2016). *Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas*. Montevideo: UNFPA, UDELAR. <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Maternidad%20en%20adolescentes%20y%20desigualdad%20social%20en%20Uruguay.pdf>
- Luna, B. (2009). The Maturation of Cognitive Control and the Adolescent Brain. En F. Aboitiz y D. Cosmelli (Eds.), *From Attention to Goal-Directed Behavior* (pp. 249-274). https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-70573-4_13#citeas

- Maranhao, T. A., Gomes, K. R. y Barros, I. C. (2016). Factores predictores do abortamento entre jovens com experiencia obstétrica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(3), 494-508. Doi: 10.1590/1980-5497201600030003
- Martínez Selva, J. M., Sánchez Navarro, J. P., Bechara, A. y Román, F. (2006). Mecanismos cerebrales de la toma de decisiones. *Revista de Neurología*, 42(7), 411-418. <https://neurologia.com/articulo/2006161/esp>
- Ministerio de Salud Pública, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Universidad de la República y Sociedad Uruguaya de Pediatría. (2012). *Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud*. http://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=79
- Ministerio de Salud Pública. (2007). *Programa Nacional de Salud Adolescente*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/programa-nacional-salud-adolescente-2007>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>
- MSP, MEC, MIDES, ANEP, ASSE, INAU, OPP, UNFPA. (2017). *Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes*. MSP, MEC, MIDES, ANEP, ASSE, INAU, OPP, UNFPA.
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes (2016-2020)*. MSP-AUCI- UNFPA.
- Mujer y Salud en Uruguay. (2014). *Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto*. Montevideo, MYSU. <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/08/2014a-Informe-Salto.pdf>
- Núñez, V., Fernández Theoduloz, G., & González, N. (2022). Cerebro Adolescente. En F. Alonso, P. Ferreiro, & N. González (Eds.), *Adolescencias hoy: una mirada integral*. Raymondo.
- Okumura, J., Maticorena, D., Tejeda, J. y Mayta, P. (2014). Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en Lima-Perú. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 14(4), 383-392. <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/B4T5xCgwByBwJckGp4bPqTf/?format=pdf&lang=es>

- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2018). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo.* https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Salud sexual.* https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recomendaciones de la oms sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe.* https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reducci%C3%B3n_del_embarazo_en_la_adolescencia.pdf
- Pantelides, E. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. *Revista Notas de Población*, 78, 7-33. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12759/np78007033_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Perkal Rug, G. (junio de 2015). El embarazo en la adolescente. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)*, III(2), 26-35.
- Peláez Mendoza, Jorge. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1) Recuperado en Junio de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es&lng=es
- Perrotta, G. (2010). La perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva. *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: «Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales»*

- (pp. 289-290). Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones.
<https://www.aacademica.org/000-031/277.pdf>
- Pinzón, A., Ruiz, A., Aguilera, P. y Abril, P. (2018). Factores asociados al inicio de la vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(5), 487-499.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v83n5/0717-7526-rhog-83-05-0487.pdf>
- Quiroga, S. (2004). *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Editorial Universitaria de Buenos Aires (Eudeba).
- Rodríguez García, G. (2016). *La sexualidad en adolescentes es generación de deseos, sentimientos, fantasías y emociones*. Secretaría de Salud del Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/salud/prensa/la-sexualidad-en-adolescentes-es-generacion-de-deseos-sentimientos-fantasias-y-emociones?idiom=es-MX>
- Rostagnol, S. (2006). Lugares y sentidos del aborto voluntario: un diálogo con la bioética. *Perspectivas bioéticas*, 21, 1-16. <https://core.ac.uk/download/pdf/144555587.pdf>
- Sánchez, S., Bastidas, G., Alfonso, I. y Labrada, E. (2019). Embarazo no deseado y sus factores asociados en estudiantes universitarias. *Revista Espacios*, 40(39), 1-11.
<https://www.revistaespacios.com/a19v40n39/a19v40n39p09.pdf>
- Sanger, C. (2009). Decisional dignity: teenage abortion, bypass hearings and the misuse of law. *Columbia Journal of Gender and Law*, 18(2), 409-499.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1493768
- Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M. y Suárez Ojeda, E. (1992). *Manual de medicina de la adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud. OPS.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>.
- Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39(2), 137-143.
- Sawyer, S., Azzopardi, P., Wickremarathne, D. y Patton, G. (2018). The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*, 2(3), 223-228. Doi: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1
- Torres Meza, V., Anaya López, L. y Muñoz Pérez L., (2016). *Embarazo adolescente. Un problema de Salud Pública en el Estado de México*. Facultad de Medicina de la

Universidad de Sevilla.
https://www.reunionanualesee.org/2016/images/fotosg/tabla_2043_C0249.pdf

Unicef. (2014). *Vivencias y relatos sobre embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región.*

<https://www.unicef.org/lac/media/6351/file/PDF%20Publicaci%C3%B3n%20Vivencias%20y%20relatos%20sobre%20el%20embarazo%20en%20adolescentes%20.pdf>

Urribarri, R. (1990). Sobre adolescencia, duelo y a posteriori. *Revista de Psicoanálisis*, 47(04), 785-807.

Varela Petito, C. y Fostik, A. (2011). Maternidad adolescente en Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez? *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 115-140. <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304006.pdf>

Verdejo García, A., Benbrook, A., Funderburk, F., David, P., Cadet, J. y Bolla, K (2007). The differential relationship between cocaine use and marijuana use on decision-making performance over repeat testing with the Iowa Gambling Task. *Revista Drug and Alcohol Dependence*, 6(90), 2-11. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.02.004

Verdejo García, A. (2004). *Funciones Ejecutivas y Toma de Decisiones en Drogodependientes: Rendimiento Neuropsicológico y Funcionamiento Cerebral.* [Tesis Doctoral]. Editorial Universidad de Granada. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/901/16052882.pdf?sequence=1&isAlloved=y>

Viñar, M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigos civilizatorio.* Trilce.

Xiao, L., Bechara, A., Grenard, J., Stacy, A., Palmer, P., Wei, Y., ... Johnson, A. (2008). Affective decision-making predictive of chinese adolescent drinking behaviors. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(4), 547-557. Doi:10.1017/S1355617709090808

Yago Simón, T. y Aznar, T. (2015). Condicionantes de género y embarazo no planificado en adolescentes y mujeres jóvenes. *Anales de Psicología*, 31(3), 972-978. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16741429023.pdf>