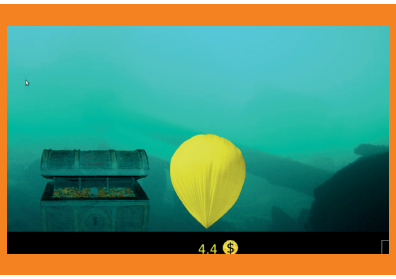
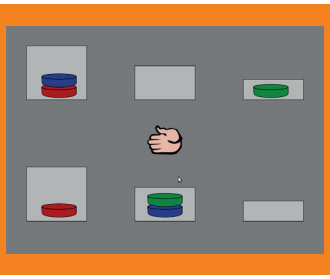
TOMA DE DECISIONES Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN ADOLESCENTES





Diseño y resultados de un estudio en Uruguay 2017-2019

Nicolas Brunet, Gabriela Fernández-Theoduloz, Alejandra López-Gómez

Montevideo, 2019

Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
25 años 1994-2019

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Esta publicación es producto de la colaboración entre el Programa de Género, sexualidad y salud reproductiva de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Equipo de investigación nacional: Prof. Dra. Alejandra López-Gómez (coord.), Prof. Dr. Nicolas Brunet, Asist. Mag. Gabriela Fernández-Theoduloz

Equipo de investigación internacional: Prof. Dr. Laurence Steinberg (Temple University, Philadelphia, USA), Dra. Natasha Duel (University of North Caroline, USA), Prof. Dr. Juan Carlos Godoy y Dr. Ignacio Acuña (Universidad Nacional de Córdoba, Argentina).

Apoyo técnico: Mag. Valeria Ramos (Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA).

Asesor estadístico: Prof. Ramón Alvarez (Instituto de Estadística, Facultad Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República).

Trabajo de campo: Nara Aguirre, Gerónimo Brunet, Elisa Ingold, Stefany Rojas, Sachiko Ragosta (becaria Fullbright), Giuliana Tórtora, Pablo Urroz.

Programador: Alfonso Pérez

Tutoriales: Mateo Baico

Citación: Brunet, N., Fernández-Theoduloz, G., López-Gómez, A. (2019) Toma de decisiones y comportamientos sexuales en adolescentes. Diseño y resultados de un estudio en Uruguay (2017-2019). Montevideo: Universidad de la República, UNFPA.

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA. Este documento es para distribución general. Se autorizan las reproducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

ISBN: 978-9974-8688-5-4

© 2019, Universidad de la República

© 2019, UNFPA

Esta publicación se realizó en noviembre de 2019 en Montevideo, Uruguay

Diseño e Impresión: Imprenta Rojo S.R.L.

CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 1.	Modelo teórico interdisciplinario Toma de decisiones	20
Figura N° 2.	Etapas y factores asociados a la toma de decisiones y embarazo no intencional en adolescentes.	24
Figura N° 3.	Computadora Magallanes del Plan Ceibal	27
Figura N° 4.	Piloto en ONG (2017)	26
Figura N° 5.	Piloto en Facultad de Psicología (2017)	26
Figura N° 6.	Tareas comportamentales utilizadas: BART, Game of Dice, Tower of London, WASI	27
Figura N° 7.	Tarea comportamental Stoplight	28
Figura N° 8.	Imágenes del Cuestionario sociodemográfico y de experiencia sexual	28
Figura N° 9.	Inicio relaciones sexuales según sexo (%)	31
Figura N° 10.	Edad de la primera relación sexual	31
Figura N° 11.	Motivo primer relación sexual (%)	32
Figura N° 12.	¿Qué sentiste durante tu primera relación sexual? (%)	32
Figura N° 13.	Diferencia edad con su primera pareja sexual según sexo	33
Figura N° 14.	Método anticonceptivo (MAC) utilizado según período de referencia (%)	33
Figura N° 15.	Lugar donde obtuvo MAC última relación sexual (%)	34
Figura N° 16.	Lugar donde obtuvo MAC última relación sexual según sexo (%)	34
Figura N° 17.	Quién decidió MAC	35
Figura N° 18.	Recibió información de uso de MAC (%)	36
Figura N° 19.	Uso de MAC (primera relación sexual, últimos 6 meses, última relación sexual)	36
Figura N° 20.	Trayectorias de progresiones afectivo-sexuales típicas (media y mediana)	37
Figura N° 21.	Test de diferencia de medias de edad por fases según sexo	40
Figura N° 22.	Cuestionario sobre actitudes frente a maternidad y aborto y toma de decisión	48
Figura N° 23.	A quien consultaría en caso de estar en situación de embarazo por sexo.	49
Figura N° 24.	Actitudes negativas hacia continuar el embarazo y decisión final frente a embarazo hipotético.	50
Figura N° 25.	Actitudes negativas hacia aborto y decisión final frente a embarazo hipotético.	50
Figura N° 26.	Actitudes positivas hacia continuar el embarazo y decisión final frente a embarazo hipotético.	51
Figura N° 27.	Actitudes positivas al aborto y decisión final frente a embarazo hipotético.	51

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1.	Tareas comportamentales y escalas utilizadas en el estudio	26
Tabla N° 2.	Variables del estudio	30
Tabla N° 3.	Comportamientos afectivo-sexuales: estadísticos descriptivos	36
Tabla N° 4.	Matriz de correlaciones entre comportamientos afectivos sexuales	37
Tabla N° 5.	Prueba de diferencia de medias: comportamientos afectivos-sexuales según sexo.	38
Tabla N° 6.	Prueba de diferencia de medias: fases afectivos-sexuales según sexo.	39
Tabla N° 7.	Modelo 1: ratio planificación e iniciación sexual	41
Tabla N° 8.	Modelo 2: ratio planificación resolución e iniciación sexual antes de la edad 15 años	41
Tabla N° 9.	Modelo 3: toma de riesgos y número parejas sexuales anualizada	41
Tabla N° 10.	Modelo 4: toma de riesgos y cantidad parejas sexuales	43
Tabla N° 11.	Modelo 5: ratio planificación resolución y cantidad parejas sexuales	43
Tabla N° 12.	Modelo 6: toma de riesgos y no uso de condón en la última relación sexual	43
Tabla N° 13.	Modelo 7: planificación media movimientos extra y uso inefectivo de MAC en primera relación sexual	44
Tabla N° 14.	Modelo 8: subescala CFC-Inmediatez y más de una pareja sexual en los últimos tres meses	44
Tabla N° 15.	Modelo 9: subescala CFC-Inmediatez y cantidad de parejas sexuales en los últimos tres meses	45
Tabla N° 16.	Modelo 10: subescala CFC-Futuro y cantidad de parejas sexuales	45
Tabla N° 17.	Modelo 11: subescala CFC-Inmediatez y cantidad de parejas sexuales	46
Tabla N° 18.	Modelo 12: subescala CFC-Inmediatez y ratio parejas/años de actividad	46
Tabla N° 19.	Modelo 13: subescala CFC-Futuro y consumo de alcohol en la última relación sexual	47
Tabla N° 20.	Decisión que tomaría frente a embarazo hipotético (3 categorías)	49
Tabla N° 21.	Decisión que tomaría frente a embarazo hipotético, por sexo	49

Los/as autores

Nicolás Brunet (Uruguay).

Sociólogo. Magister y Doctor en Ciencia Social. En los últimos años ha concentrado su labor en temas de estratificación educativa y ocupacional, así como en el examen de procesos sociodemográficos de generación de desigualdad con enfoque de curso de vida (life course perspective). Actualmente, es profesor adjunto de dedicación total del Programa de Género, sexualidad y salud reproductiva del Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en el marco del cual coordina el proyecto de Encuesta nacional sobre comportamientos sexuales y salud.

nbrunet@psico.edu.uy

Gabriela Fernández-Theoduloz (Uruguay).

Licenciada en Psicología. Magíster en Psicología Clínica y doctoranda en Psicología. Ha trabajado en el estudio de los procesos de toma de decisiones desde el abordaje de la Psicología Cognitiva. Actualmente, desarrolla su tesis de doctorado en el campo de la toma de decisiones en comportamientos sexuales en adolescentes, específicamente en los factores cognitivos que inciden en dicha toma de decisiones. Es asistente del Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

gfernandez@psico.edu.uy

Alejandra López-Gómez (Uruguay).

Psicóloga. Doctora en Ciencias Sociales. Experta en estudios de género, sexualidad y salud con foco en población adolescente, decisiones sexuales y reproductivas, embarazo no intencional y aborto. Coordinadora del Programa género, sexualidad y salud reproductiva del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República donde se desempeña como profesora titular de dedicación total. Cuenta con numerosas publicaciones en sus líneas de interés.

alopez@psico.edu.uy

Agradecimientos

A los/as adolescentes que participaron en el estudio.

A los/as estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República quienes con dedicación y entusiasmo aportaron durante la realización de la fase piloto.

A las organizaciones no gubernamentales y a los organismos públicos que contribuyeron facilitando la participación de adolescentes.

Al Plan Ceibal, al Instituto Nacional de Estadística (INE) y al Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social.

A los colegas de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) por su complicidad desde el primer momento, y en particular al Dr. Juan Carlos Godoy.

A los colegas de Temple University de Filadelfia (Estados Unidos) por sentirse convocados en esta aventura del conocimiento, y en particular al Prof. Dr. Laurence Steinberg

A los/as colegas del Programa de género, sexualidad y salud reproductiva del Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología-Universidad de la República, por su compromiso con el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos que se traduce en la producción de conocimiento de relevancia social y su transmisión en dispositivos de enseñanza y de extensión universitaria.

Al Fondo de Población de las Naciones Unidas por confiar en nuestro Programa.

RESUMEN EJECUTIVO

En los últimos años, Uruguay avanzó de manera notable en el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como derecho humano, y en la instrumentación de un conjunto de medidas programáticas para promover el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de la población en general y de los/as adolescentes, en particular. Se promulgaron leyes muy importantes que ubican al Estado uruguayo como garante de estos derechos y acorde a ello, se diseñaron e implementaron medidas programáticas en el sector salud y educación. Si bien estos avances merecen destacarse y son referencia en la región, se observan algunos nudos críticos persistentes que afectan, especialmente, a la población adolescente en la protección y acceso a estos derechos.

El estudio de la sexualidad y vida reproductiva y, en particular, sobre embarazo en adolescentes constituye un asunto de alto interés social, científico y político en distintos contextos y regiones. Antecedentes nacionales en la temática aportan evidencia sobre los núcleos duros que contribuyen a perpetuar la existencia de mujeres que inician tempranamente la trayectoria a la maternidad, en la adolescencia. El conocimiento disponible, a nivel nacional y regional, sobre factores sociales, económicos y culturales implicados no ha sido acompañado de estudios que permitan estimar el peso de los factores psicológicos (cognitivos y emocionales) en la toma de decisiones sexuales y reproductivas de la población adolescente.

En ese contexto, el estudio que realizamos: "Factores cognitivos, emocionales y sociales en comportamientos sexuales y toma de decisiones en adolescentes" (FACTCES 2017-2019), tuvo como objetivo examinar el peso de los factores emocionales, cognitivos y sociales sobre: (1) las transiciones y trayectorias de actividad afectivo-sexual en adolescentes; (2) la toma de riesgos en comportamiento sexual y el uso (in)consistente de métodos anticonceptivos y (3) los riesgos de embarazo no intencional y la decisión final frente a una situación de embarazo hipotético (continuación vs interrupción del embarazo). Para diseñar y realizar este estudio nos hemos nutrido de aportaciones que provienen del campo de las neurociencias y la psicología cognitiva sobre toma de decisiones, que hemos puesto en diálogo con teorías sociológicas sobre desigualdad social y estudios interdisciplinares sobre comportamientos sexuales, género, decisiones y derechos sexuales y reproductivos.

Varios factores cognitivos y emocionales han sido asociados a la toma de decisiones en la adolescencia. 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. En la adolescencia, esta característica se ha asociado a comportamientos sexuales de riesgo, edad temprana de la iniciación sexual, elevado número de parejas sexuales y la no utilización de métodos anticonceptivos. Por otra parte, la autorregulación se define como 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 trasmisión sexual. En este proyecto, se observó la planificación como componente de la autorregulación. En este sentido, un aspecto importante fue examinar qué tanto las personas consideran los potenciales resultados de sus comportamientos y sus derivaciones a futuro.

La toma de riesgos, que se define como “involucrarse en comportamientos riesgosos”, entendiéndose estos como las acciones (o inacciones) que implican una probabilidad de pérdida, se ve aumentada en la adolescencia. Esta se manifiesta en comportamientos 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 potencialmente peligrosas, y cometer crímenes menores, abusos o violencia. Cabe destacar que la población adolescente es más proclive que los/as adultos a tomar riesgos en el contexto de un grupo de pares.

La toma de riesgos puede llevar al deterioro de la salud, de las condiciones educativas y laborales inmediatas e impactar negativamente sobre las oportunidades sociales y económicas futuras en la adolescencia. Sin embargo, este período se presenta como una segunda ventana de oportunidades, un punto de inflexión, donde las intervenciones que permitan promover comportamientos saludables y aprendizaje social y emocional favorecerán una potenciación de las trayectorias positivas de desarrollo.

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 continuarlo o interrumpirlo. El embarazo no intencional en adolescentes está habitualmente asociado al uso inconsistente o el no uso de métodos anticonceptivos y ello se relaciona con el déficit o falta de acceso a información, educación sexual, métodos anticonceptivos seguros y servicios de salud sexual y reproductiva. La mayoría de los estudios disponibles han examinado los factores sociales, económicos y culturales implicados. Es necesario comprender los determinantes sociales y psicológicos implicados en la toma de decisiones sobre embarazo y sobre “embarazo hipotético” en adolescentes mujeres y varones. Esto implica 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.

Este estudio comenzó a desarrollarse a fines de 2016. Durante 2017 se realizó la selección de instrumentos, su adaptación y pilotaje. Se adaptaron cinco tareas comportamentales: Balloon Analogue Risk Task (BART), Game of Dice Task, Tower of London (ToL), Wechsler Abbreviation Scale of Intelligence (WASI) y Stoplight Game; y dos escalas psicológicas (Consideración de las consecuencias futuras y Resistencia a la influencia de los pares). También se diseñó un cuestionario sociodemográfico y de experiencia sexual. Asimismo, se diseñó, adaptó y programó un sistema tipo Computer Assisted Self-Interview (CASI, por sus siglas en inglés), que permite el levantamiento y almacenamiento automático de los datos. Este sistema funciona como un dispositivo computarizado de autorreporte asistido, donde los participantes resuelven las tareas, y responden escalas y cuestionarios, utilizando una computadora portátil y auriculares, que no requieren participación directa del aplicador (sólo en caso de dudas, el aplicador puede responder).

La recolección de datos se llevó a cabo en 2018. Se realizó una visita a los hogares seleccionados donde se entregó un folleto informativo del estudio a la familia o re-

ferentes adultos del/de la adolescente (hoja de información). Si los/as adolescentes aceptaban participar y la familia otorgaba el consentimiento, se realizaba la batería de instrumentos en una computadora portátil del proyecto. Por otro lado, se realizaron contactos con organizaciones sociales e instituciones educativas donde se realizaron aplicaciones grupales. Asimismo, se recolectaron datos en Facultad de Psicología con una muestra intencional.

En el estudio participaron 371 adolescentes entre 12 y 20 años (M= 16,40, std. dev. 1,77, 42% hombres). De nuestra muestra, 176 (47,43%) adolescentes tuvieron relaciones sexuales, con una edad media para la primera relación sexual de 15,24 años (std. dev. 2,08).

Algo más del 60% de los/as adolescentes consultados había experimentado su iniciación sexual a edad de 15 años cumplidos con una leve diferencia favorable a los varones. La amplia mayoría de los/as adolescentes utilizó "condón o preservativo masculino" en su primera relación sexual y un porcentaje menor de 10 % declaró no haber utilizado método alguno. El método anticonceptivo lo obtienen en primer lugar en farmacia, en segundo lugar en el servicio de salud y, en tercer lugar en comercios no especializados, habiendo diferencias entre hombres y mujeres. Aunque más de 9 de cada 10 adolescentes indicaron que recibieron información sobre uso de métodos anticonceptivos, casi 20% declaró no haber usado método si se considera primera relación, últimos seis meses y última relación. A su vez, el estudio aporta evidencia exploratoria que podría orientar el análisis de las diferencias en el calendario y la identificación de patrones de trayectorias afectivo-sexuales observados durante la adolescencia. El análisis permite ampliar la perspectiva enfocada exclusivamente en la primera relación sexual, y avanzar hacia un estudio más refinado de las trayectorias hacia la iniciación sexual, de la cual se dispone escasa evidencia hasta el momento.

Los/as adolescentes que presentan mayor desarrollo en su capacidad de planificación estratégica tienen menores probabilidades de haber experimentado el inicio de la vida sexual genital. La toma de riesgos tuvo un efecto positivo sobre la cantidad de parejas sexuales; mientras que la planificación estratégica tuvo un efecto contrario. Asimismo, se observa que cuanto mayor es la preferencia por las consecuencias inmediatas de las acciones, mayor es la probabilidad de tener más de una pareja sexual en los últimos tres meses y que cuanto mayor es el puntaje de inmediatez, más parejas sexuales tuvieron en los últimos tres meses. Por otro lado, cuanto mayor es la preferencia por las consecuencias más distantes, menor es el número de parejas sexuales en el total de la vida sexual del/la adolescente. En cuanto al consumo de alcohol en la última relación sexual se observa que una mayor preferencia por las consecuencias más distantes disminuye la probabilidad de haber consumido alcohol en la última relación sexual.

Finalmente, respecto a las decisiones frente a una situación de embarazo hipotético, los resultados muestran que las actitudes subjetivas sobre maternidad y aborto tienen efectos importantes sobre la toma de la decisión de continuar o interrumpir el embarazo. Así, por ejemplo, los/as adolescentes con actitudes positivas frente al aborto tienden, ante una situación hipotética de embarazo, a decidir interrumpirlo. Quienes tienen actitudes negativas frente al aborto, tienden a decidir continuar con el mismo.

PRÓLOGO

El año 2019 es la conmemoración del 25° aniversario de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994. Un encuentro considerado un hito ya que allí 179 países adoptaron el Plan de Acción que implicó un cambio de paradigma en el enfoque sobre los asuntos de población, descentrándolos del foco exclusivamente demográfico. Los derechos humanos, la educación, la salud pasaron a ser parte de la población y se pusieron las necesidades y aspiraciones de los seres humanos en el centro del desarrollo sostenible.

Los acuerdos asumidos en El Cairo tuvieron un importante impacto a nivel regional y nacional en el desarrollo de políticas públicas en el campo de los derechos sexuales y reproductivos. Estos acuerdos fueron redoblados en el año 2013 cuando 38 países aprobaron el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, que contiene una serie de acuerdos para reforzar la implementación de los asuntos de población y desarrollo al término de la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. El Consenso de Montevideo incluye más de 120 medidas de avanzada sobre ocho temas identificados como prioritarios para dar seguimiento al Programa de Acción de la CIPD. Posteriormente, en el año 2015, los 193 estados miembros de la comunidad internacional reafirmaron el compromiso de colocar "personas, planeta y prosperidad" en el centro del desarrollo sostenible, cuando adoptaron la Agenda 2030 y los 17 Objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

En los últimos 25 años, el progreso en algunos de los indicadores clave de salud sexual y reproductiva ha sido notable a nivel nacional, regional y global. Si bien hay mucho para celebrar, al mismo tiempo, el sueño de la CIPD está aún en un horizonte lejano para para una importante parte población. Así se celebró a finales de 2019 la "Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25: Acelerando la promesa" en Kenia. La misma trata de renovar y revitalizar el compromiso global con la implementación "completa y acelerada" del Programa de Acción de la CIPD, dentro del contexto general de la Agenda 2030 y los ODS, para garantizar que nadie se quede atrás.

En este contexto Uruguay es reconocido a nivel regional y mundial por sus avances legales, normativos, políticos y programáticos relacionados directamente con los compromisos del Plan de Acción del Cairo. Sin embargo, estos logros contrastan con la persistencia de brechas y barreras críticas para el ejercicio efectivo de los derechos de muchas personas y colectivos. Contar con los conocimientos para comprender mejor los fenómenos vinculados al campo de la sexualidad y la reproducción es fundamental para su aporte a las políticas públicas y el avance en las áreas pendientes. Si bien el país ha avanzado en la producción de información sobre la sexualidad y embarazo en la adolescencia en términos demográficos, sociales y culturales, este conocimiento parece no ser suficiente para la comprensión cabal del fenómeno. Por tal motivo, resulta clave avanzar en conocer cómo las y los adolescentes toman decisiones en su vida sexual y reproductiva lo que se encuentra especialmente ligado a factores psicológicos, emocionales y cognitivos. Por tal motivo el estudio que aquí se presenta es innovador y de alto interés por el tipo de hallazgos que arroja que esperamos nutran las políticas públicas en este campo.

UNFPA, Uruguay

1 - Introducción

Esta publicación presenta las características, diseño, implementación y resultados generales del proyecto de investigación: "Factores cognitivos, emocionales y sociales en comportamientos sexuales y toma de decisiones en adolescentes" (FACTCES 2017-2019), a cargo del *Programa de género, sexualidad y salud reproductiva*[1] del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología (Universidad de la República) con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas. El proyecto tuvo una primera fase piloto en el año 2017 para ser implementado en su versión definitiva durante el año 2018.

La propuesta surgió a partir de la necesidad de disponer de nuevas evidencias sobre los factores cognitivos, emocionales y sociales relacionados con los comportamientos sexuales y reproductivos de la población adolescente, en particular respecto a la toma de decisiones y embarazo no intencional.

En los últimos 15 años, Uruguay avanzó de manera notable en el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como derecho humano, y en la instrumentación de un conjunto de medidas programáticas para promover el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de la población en general y de los/as adolescentes, en particular. Se promulgaron leyes muy importantes que ubican al Estado uruguayo como garante de estos derechos, tales como la Ley N° 18426 de 2008 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva y la Ley N° 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo de 2012, por mencionar sólo dos de las más relevantes. A su vez, se universalizó el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud y se desarrolló la educación sexual en el sistema público de salud en todo el país. Si bien estos avances son destacables y de referencia en la región, se observan algunos nudos críticos persistentes que afectan, especialmente, a la población adolescente en la protección y acceso a estos derechos.

El estudio de la sexualidad y, en particular el embarazo en adolescentes, constituye un asunto de alto interés social, científico y político en distintos contextos y regiones (Cherry & Dillon, 2014). En nuestro país, entre 2015 y 2016, se desarrolló el estudio sobre "Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay", el cual tuvo como principal objetivo identificar los factores sociales, subjetivos, culturales y territoriales relacionados con el embarazo y la maternidad en adolescentes de contextos socioeconómicos críticos en Montevideo. El trabajo se focalizó en dos barrios de la periferia —Casavalle y Jardines del Hipódromo— que ilustran similares realidades territoriales y socioeconómicas. El estudio ofreció evidencias sobre los núcleos duros persistentes en la trama social que contribuyen a perpetuar la existencia de mujeres que inician tempranamente la trayectoria a la maternidad, en la adolescencia (López & Varela, 2016)[2]. Sin embargo, el conocimiento disponible, a nivel nacional y regional, sobre factores sociales, económicos y culturales implicados no ha estado acompañado de estudios que permitan estimar el peso de los factores psicológicos (cognitivos y emocionales) en la toma de decisiones sexuales y reproductivas de la población adolescente. En ese contexto, surgió la iniciativa que presentamos en esta publicación en la cual nos propusimos examinar el proceso de toma de decisiones sexuales y reproductivas en población adolescente, no estudiado hasta el momento.

La consideración del embarazo no intencional en adolescentes como un problema social motivó en Uruguay el lanzamiento en 2016 de una Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes liderada por el Gobierno Nacional. Su puesta en marcha para el período 2017-2020, constituye un indicador de la relevancia que se le otorga a un asunto que afecta particularmente a la población adolescente de mayor vulnerabilidad social. La investigación nacional y regional ha señalado importantes correlaciones entre el fenómeno del embarazo en adolescentes, las relaciones de género, el acceso a la educación y al bienestar social y económico (aspectos estructurales) así como el peso de varios determinantes intermedios relativos a las características y dinámicas del entorno familiar y el acceso a servicios de salud (López Gómez, 2015; López Gómez & Varela, 2016; Rodríguez Vignoli, 2014).

1 Programa género, sexualidad y salud reproductiva, Instituto Psicología de la Salud, Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Más información en https://salud.psico.edu.uy/programas/genero-sexualidad-y-salud-reproductiva

2 El estudio coordinado por López y Varela fue implementado por el equipo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: https://www.ei.udelar.edu.uy/grupos-financiados/sigla-acronimo/asder

Durante décadas, Uruguay tuvo una elevada tasa de fecundidad adolescente (Varela Petito, Lara, & Tenenbaum, 2014). Hacia 2014, esta tasa era de 62.5 por mil, por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (70 por mil) pero muy por encima de Asia (42 por mil), América del Norte (27 por mil) y Europa (18 por mil) (Rodríguez Vignoli, 2014). Según Rodríguez Vignoli (2017) los datos a nivel regional muestran que la deseabilidad es minoritaria entre los nacimientos de madres adolescentes, y que la misma está disminuyendo de manera marcada. En algunos países, incluso, los mayores niveles de no deseabilidad provienen de adolescentes pobres. A pesar de estar en una posición relativamente ventajosa respecto a la región, Uruguay se había transformadoen un caso de resistencia a la baja en materia de fecundidad adolescente (López Gómez & Varela, 2016; Rodríguez Vignoli, 2014).

Más recientemente, en los últimos tres años (2016-2018) se ha producido un marcado descenso de la fecundidad en Uruguay. Si bien esta realidad es compartida con otros países de la región, el caso uruguayo presenta algunas particularidades producto de la velocidad observada en la caída de la fecundidad global, así como la importante reducción de nacimientos en mujeres adolescentes y jóvenes. Para 2018, la tasa de fecundidad adolescente se ubicó en 36 por mil, alcanzando su mínimo histórico (UNFPA, 2019).

Para la elaboración de este proyecto nos hemos nutrido de aportaciones que provienen del campo de las neurociencias y la psicología cognitiva sobre toma de decisiones, que hemos puesto en diálogo con teorías sociológicas sobre desigualdad social, estudios interdisciplinares sobre actitudes y comportamientos sexuales y abordajes psicosociales sobre sexualidad, género, salud sexual, decisiones y derechos sexuales y reproductivos.

El objetivo general consistió en examinar y describir el peso de los factores emocionales, cognitivos y sociales sobre: (1) las transiciones y trayectorias de actividad afectivo-sexual en adolescentes; (2) la toma de riesgos en comportamiento sexual y el uso (in)consistente de métodos anticonceptivos; y (3) los riesgos de embarazo no intencional y la decisión final frente a una situación de embarazo hipotético (continuación vs interrupción del embarazo). El proyecto contó con el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología, Universidad de la República. Los resultados aportan evidencia empírica novedosa para la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva y educación sexual integral enfocadas a este grupo de edad.

2 - El estudio sobre sexualidad en la adolescencia: abordaje interdisciplinario.

La sexualidad en la adolescencia es materia de estudio y análisis desde distintas disciplinas y enfoques teórico-metodológicos. Actualmente, es considerado un campo de investigación interdisciplinaria. La sexualidad en su diversidad y complejidad requiere para su investigación de enfoques abiertos, interdisciplinarios que, al decir de Kapila y Moher (1995), son posibles a partir de la interacción entre disciplinas, basándose en la excelencia disciplinaria, y los principios de colaboración, cooperación y comunicación entre ellas. Desde esta perspectiva, no existen "disciplinas reinas" a las cuales los demás aportes disciplinarios estén subordinados o sean subsidiarios (López Gómez & Güida, 2001).

Un proyecto interdisciplinario en investigación en sexualidad debe integrar en el análisis la dimensión histórica (sexualidad en tanto producción histórica), la dimensión política (los discursos en relación a la sexualidad como parte de estrategias políticas de regulación y control social, la relación entre sexualidad y poder, el análisis de las políticas públicas en derechos, sexualidad y salud reproductiva), la dimensión cultural (el universo de significaciones imaginarias y simbólicas en relación al género, cuerpo y sexualidad), la dimensión social (sexualidad como práctica social específica y como escenario de análisis de las relaciones de poder), la dimensión ética y axiológica (la ética sexual, valores, derechos), la dimensión biológica (la infraestructura genética, anatómico-fisiológica, base neural) y la dimensión psicológica (subjetividad, dimensión cognitivo-emocional, actitudes) (López Gómez, 2005).

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo (1994), emergió un nuevo consenso mundial en materia de desarrollo humano, que incorporó por primera vez a la salud sexual y reproductiva, los derechos reproductivos y la perspectiva

de género como un tema central de la agenda mundial (López Gómez, Abracinskas, & Furtado, 2009; Ramos Padilla, 2006). La CIPD trasciende la definición clásica de salud como ausencia de enfermedad, y reconoce la importancia de lograr una vida sexual satisfactoria, independientemente de la procreación. Además de superar la preocupación restringida a la planificación familiar, la CIPD apuntala la necesidad de promover la toma de decisiones reproductivas libres, informadas, y respetuosas de las preferencias (especialmente para las mujeres), promoviendo la eliminación de riesgos evitables y el acceso a servicios de salud de calidad (Ramos Padilla, 2006).En la CIPD, el tema de los/las adolescentes ocupó un lugar central en las discusiones sobre salud reproductiva. En la Plataforma de Acción se insta a los gobiernos a que emprendan acciones que promuevan y protejan sus derechos y la asistencia en materia de salud reproductiva por medio de programas específicos en educación sexual integral. Se sostiene la confidencialidad de los servicios, enfatizando la protección de la privacidad y los derechos de los y las adolescentes y jóvenes, respetando sus valores y creencias religiosas (López Gómez, 2005).

El término decisiones sexuales / decisiones reproductivas es ampliamente utilizado en la literatura sobre salud sexual y reproductiva, educación sexual integral y derechos sexuales y reproductivos. Se lo define como las capacidades subjetivas y condiciones sociales que tienen las personas para adoptar y negociar medidas que les permita ejercer su derecho a una vida sexual y reproductiva placentera, libre de discriminación y violencia. Para ello se requiere de un conjunto de condiciones de acceso a poder y recursos materiales y simbólicos que contribuya a procesar y efectivizar esas decisiones. Correa y Petchesky (1994) en su clásico texto sobre derechos sexuales y reproductivos, 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 para poder decidir (dimensión individual de los derechos) y tener condiciones de justicia para que las decisiones sean respetadas (dimensión social de los derechos). Desde esta perspectiva, el empoderamiento se entiende como el continuo fortalecimiento de las personas, para ejercer y defender sus derechos, incluido el poder de decisión sobre los recursos materiales y el ejercicio de la participación social y política(López Gómez, 2002). El derecho a tomar decisiones sobre la vida sexual y la vida reproductiva, que las decisiones sean informadas, consentidas, voluntarias y responsables o el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, son ideas-fuerza que orientan la agenda de derechos y género a nivel nacional y regional.

De este modo, queda fuertemente establecido que la toma de decisiones sexuales y reproductivas constituye un elemento central para el desarrollo del bienestar a lo largo de toda la vida. Por una parte, estas decisiones tienen consecuencias directas sobre el proceso de producción de salud-enfermedad, y están modeladas por la distribución de recursos económicos, educativos y sociales disponibles a nivel local y nacional (López Gómez & López, 2016). Por otra parte, el impacto social de las decisiones sexuales y reproductivas trasciende el campo exclusivo de la salud, para ser considerado como parte de la cadena de transmisión de las desigualdades sociales en un sentido amplio. Como han afirmado López & Mario (2009), América Latina cuenta con una importante producción de conocimiento orientado a analizar la desigual distribución de la fecundidad, acceso a métodos contraceptivos y significados de la maternidad en sectores de menores recursos, asociado a relaciones tradicionales de género, bajos niveles de educación, precaria inserción laboral, condiciones del hábitat, baja cobertura de salud y mortalidad infantil y materna más elevada.

En el caso de la población adolescente con déficits serios en sus condiciones de salud sexual y reproductiva no solamente tendrán peores resultados de salud general, sino que también podrían comprometer sus oportunidades escolares, sociales y laborales inmediatas (por ejemplo, frente a un embarazo no intencional, o una infección de transmisión sexual); sus niveles de bienestar en la etapa adulta, y las oportunidades de sus hijos/as en el futuro.

Poco se ha investigado sobre la relación entre estos determinantes y los factores individuales relacionados con las decisiones sexuales y reproductivas de las/os adolescentes. En parte, por la difusión de la noción de “ambivalencia” entre actitudes y comportamientos de los adolescentes (Zabin, Astone, & Emerson, 1993), y el foco en la desigualdad estructural que acompaña el embarazo a edades tempranas, se ha dejado escaso margen para integrar nuevos

marcos teórico-metodológicos que permitan reexaminar los comportamientos, las decisiones y el rol que juegan en la comprensión de este fenómeno. Asimismo, se ha registrado un importante desfasaje entre esta idea de que los/as adolescentes "no deciden realmente" (Do adolescents want babies?), y la apuesta por programas de información y educación, tanto dentro como fuera del sistema educativo, que se proponen abordar el fenómeno por la vía de "cambiar a los adolescentes" (lo que saben y lo que hacen) antes que el contexto de la toma de decisiones (Steinberg, 2008). Aunque dichos comportamientos y decisiones se realicen bajo condiciones de racionalidad "limitada", varias disciplinas sociales han intentado resolver el rompecabezas entre intenciones, deseos y planificación de la vida reproductiva (Philipov, Thévenon, Klobas, Bernardi, & Liefbroer, 2009).

Recientemente se ha comenzado a investigar la relación entre el desarrollo cognitivo y el contexto social específico, que ha llevado a formular nuevas interrogantes sobre la relación entre la toma de decisiones y el contexto familiar y socioeconómico de origen (Steinberg, 2005; Telzer, Ichien, & Qu, 2015). Durante la última década, numerosos estudios basados en la perspectiva de Juicio y Toma de Decisiones (JDM) y en los modelos "duales" del desarrollo cognitivo (Kvaran & Sanfey, 2010) han reportado significativos avances en la comprensión de la complejidad del proceso de toma de decisiones en la adolescencia. Sin embargo, aún son escasos los estudios que —desde esta perspectiva— analizan las decisiones sexuales y reproductivas en interacción con la desigualdad socioeconómica de los hogares de los/as adolescentes.

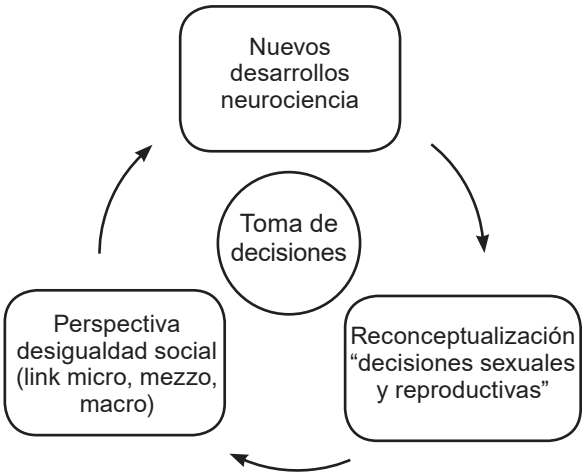


Figura N° 1. *Modelo teórico interdisciplinario Toma de decisiones*

3 - Toma de decisiones y comportamientos sexuales en adolescentes: factores cognitivo-emocionales

La sexualidad es una dimensión relevante a lo largo de la vida y tiene características propias durante las fases del desarrollo psicoemocional y biológico y en relación con el contexto social, económico y cultural en el cual nacen, crecen y viven las personas. En particular, la adolescencia es considerada un período evolutivo marcado por una alta vulnerabilidad social y emocional, con importantes efectos en la salud y el bienestar (Arnett, 1992; Blakemore & Robbins, 2012; Harden et al., 2016; van Duijvenvoorde, Jansen, Visser, & Huizenga, 2010). Esta etapa vital se caracteriza por el comienzo de la exploración sexual (Khurana et al., 2012), asociada al uso (in)consistente de preservativo u otros métodos de protección, múltiples parejas sexuales y comportamiento sexual impulsivo (Manlove, Ryan, & Franzetta, 2007; Manning, Longmore, & Giordano, 2000; O'Donnell, O'Donnell, & Stueve, 2001; Reyna & Farley, 2006). Estos comportamientos pueden resultar en embarazos no intencionales e infecciones de trasmisión sexual (Khurana et al., 2012). A pesar de que la adolescencia es un período marcado por comportamientos de riesgo, los/as adolescentes no se involucran en comportamientos riesgosos de manera uniforme (Romer, 2010).

El periodo ubicado entre los 10 y los 19 años constituye una fase crucial para el desarrollo de las personas (López Gómez & Varela, 2016; Steinberg, 2005), y en ella se producen importantes cambios físicos, psicológicos y sociales (Casey, Jones, & Hare, 2008; Godoy, 2017), necesarios para la maduración del cerebro y de los sistemas cognitivos, cuyo máximo potencial será alcanzado en la etapa de la adultez joven (Paus, 2005). Recientemente, debido a la plasticidad neural que se presenta en este período, se ha planteado que la adolescencia representa una segunda ventana de oportunidad en el desarrollo de las personas. Desde su caracterización como un periodo de "tormenta y tensión", que presentara G. Stanley Hall a principios del siglo XX, se han venido desarrollando miradas más complejas sobre los cambios que experimentan los adolescentes (Godoy, 2017). En los últimos años, los aportes de la psicología cognitiva y de las neurociencias han contribuido a redefinir a la adolescencia como campo de estudio interdisciplinario. Dichas disciplinas han aportado eviden-

cias que señalan que durante la adolescencia se producen cambios estructurales y funcionales en el cerebro, que afectan áreas implicadas en el procesamiento de las recompensas sociales y ambientales (van Duijvenvoorde et al., 2014), y que alteran sensiblemente el proceso de toma de decisiones potencialmente riesgosas para su salud y su bienestar social (Crone, van Duijvenvoorde, & Peper, 2016).

En dicho contexto de reestructura cognitivo-emocional y tensión entre necesidad de apoyo familiar y conflicto con las normas del mundo adulto (Rodríguez Vignoli, 2008) tiene lugar un pronunciado aumento de la actividad sexual (Khurana et al., 2012). La brecha temporal entre el ritmo de desarrollo sexual y mental (cognitivo y emocional) alcanzado a estas edades, marca aún más el contraste entre cuerpos sexualmente activos y el necesario refinamiento de las habilidades de planificación, pensamiento abstracto y control de impulsos (Albert & Steinberg, 2011; Harden et al., 2016; Koffman, 2015). Complementariamente, la progresión hacia el inicio de las relaciones sexuales está fuertemente determinada por la multiplicación de referentes sociales como los padres y otros adultos significativos(Dishion, 2016). Al momento de analizar la toma de decisiones, un conjunto importante de estudios ha señalado la fuerte influencia de los pares sobre el desarrollo de las funciones ejecutivas (Telzer et al., 2015) y la toma de riesgos (López Gómez & Varela, 2016; Silvers et al., 2012).

Asimismo, la adolescencia constituye un período marcado por una alta vulnerabilidad a resultados adversos en materia de morbilidad y mortalidad, frecuentemente vinculados a una toma de decisiones subóptima (Arnett, 1992; Blakemore & Robbins, 2012; Fuhrmann, Knoll, & Blakemore, 2015; Harden et al., 2017; Viner et al., 2015). En general, se observa que los/as adolescentes son más propensos que la población mayor de 25 años a beber en exceso, fumar, tener relaciones sexuales sin protección y tener accidentes de tránsito (Albert & Steinberg, 2011; Steinberg, 2008). En tal sentido, se ha considerado que los/as adolescentes atraviesan una “paradoja de salud” (Harden et al., 2017): si bien son más fuertes y resistentes a las enfermedades que los niños y la población adulta, resultan extremadamente vulnerables a experimentar daños a la salud, deterioro de su calidad de vida, y pérdida de oportunidades sociales asociadas a comportamientos de riesgo. Las consecuencias negativas asociadas a la toma de riesgos no se condicen con los sustanciales avances en la esperanza de vida, educación y salud logrados para este grupo de edad durante las últimas décadas. En tal sentido, los/as expertos han señalado que la reducción de riesgos podría tener un impacto positivo sobre el bienestar de los/as adolescentes y la población general (Blum & Nelson-Mmari, 2004; OMS, 2014; Steinberg, 2007).

El campo de estudios sobre toma de decisiones analiza el proceso de elección que los individuos realizan entre posibles cursos de acción, basándose en modelos normativos o comportamentales que definen reglas, heurísticos y sesgos asociados a las decisiones (Furby & Beyth-Marom, 1992). La teoría clásica de la toma de decisiones postula que las decisiones de los seres humanos son racionales, y que esto implica elegir la opción con mayor valor esperado o mayor utilidad subjetiva (Blakemore & Robbins, 2012). Sin embargo, en los últimos años se ha ido consolidando la evidencia proveniente del área de la economía comportamental que, con diversos experimentos, ha logrado establecer que la toma de decisiones es modulada por el contexto social, los factores cognitivos y emocionales (Thaler, 2017; Tversky & Kahneman, 1985; van Duijvenvoorde et al., 2010). Los estudios previos en toma de decisiones en adolescentes examinaron si estos pueden percibir las potenciales consecuencias de riesgo y evaluar la probabilidad de que estos ocurran, de la misma forma que los adultos. La evidencia indica que los/as adolescentes no tienen menos condiciones que los adultos para percibir los riesgos y estimar su vulnerabilidad (Albert & Steinberg, 2011; Steinberg, 2005, 2008). El riesgo es un constructo que no necesariamente remite a comportamientos ilegales o peligrosos. Este concepto, de acuerdo con los modelos de toma de decisiones tiene tres componentes: potencialidad de perder y ganar, variabilidad de la probabilidad de los resultados e incertidumbre (Duell & Steinberg, 2019). Por lo tanto, un comportamiento riesgoso implica una probabilidad incierta en el resultado, que puede ser favorable o desfavorable (van Duijvenvoorde, Peters, Braams, & Crone, 2016).

Considerando dichos resultados, se han buscado explicaciones alternativas a la toma de decisiones de riesgo de esta población. Así, durante la última década, se han experimentado importantes avances en el análisis del proceso de toma de decisiones, específicamente en relación con el proceso dual del desarrollo cognitivo-afectivo

en la adolescencia (Albert & Steinberg, 2011). Los modelos duales se basan en la conceptualización de dos sistemas relativamente independientes y contrastantes de procesamiento de información: un sistema "cold" (analítico, deliberativo, controlado, razonado y no emocional) versus un sistema "hot" (intuitivo, automático, reactivo y emocional) (Albert & Steinberg, 2011; Blakemore & Robbins, 2012), que se encuentran especialmente en competencia durante la adolescencia (Steinberg et al., 2009) debido a los patrones en el desarrollo neurocomportamental de los/as adolescentes (Romer, 2010). Durante la pubertad se producen cambios en las dinámicas de la dopamina y la oxitocina que alteran la sensibilidad de regiones cerebrales asociadas al procesamiento de la recompensa y la información social, que pueden contribuir a un aumento en la búsqueda de sensaciones y mayor sensibilidad a estímulos socioemocionales (Albert & Steinberg, 2011; Blakemore & Robbins, 2012).

Por otro lado, durante la adolescencia y el comienzo de la adultez se refinan áreas asociadas al control cognitivo (planificación, pensamiento abstracto y control de impulsos), que llevan a la capacidad de regular el comportamiento que se observa en el adulto (Albert & Steinberg, 2011; Harden et al., 2016). En esta línea, varios estudios han mostrado que el sistema asociado al procesamiento de recompensas y la información social evoluciona más rápidamente que el sistema de control cognitivo (Blakemore & Robbins, 2012). Por lo tanto, se considera que la gran sensibilidad a las recompensas, sin una capacidad de control suficientemente desarrollada —aspecto asociado a dicho desbalance en la maduración neural— podría ser uno de los factores que explica la toma de decisiones subóptima, especialmente en contextos emocionalmente intensos (Blakemore & Robbins, 2012; Harden et al., 2016; Koffman, 2015; Steinberg, 2010).

La impulsividad y la autorregulación constituyen dos dimensiones que reflejan este proceso dual (Albert & Steinberg, 2011; Casey et al., 2008; Harden et al., 2016). Por una parte, 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; Romer, 2010). En la adolescencia, esta característica se ha asociado a comportamientos sexuales de riesgo, edad temprana de la iniciación sexual, elevado número de parejas sexuales (Kahn, Kaplowitz, Goodman, & Emans, 2002; Khurana et al., 2012; White & Johnson, 1988) y la no utilización de métodos anticonceptivos (Kahn et al., 2002). Por otra parte, la autorregulación se define como 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 trasmisión sexual (Baumeister, Vohs, & Tice, 2007; Crandall, Magnusson, Novilla, Novilla, & Dyer, 2017; Griffin, Scheier, Acevedo, Grenard, & Botvin, 2011; Khurana et al., 2012).

La toma de riesgos se define como "involucrarse en comportamientos riesgosos", entendiéndose estos como las acciones (o inacciones) que implican una probabilidad de pérdida (Furby & Beyth-Marom, 1992). Este factor se ve aumentado en la adolescencia y se manifiesta en comportamientos como: manejar a alta velocidad y/o bajo la influencia del alcohol, tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos (MAC), utilizar drogas ilegales y potencialmente peligrosas, y cometer crímenes menores (Steinberg, 2008). La toma de riesgos puede conllevar al deterioro de la salud, las condiciones educativas y laborales inmediatas e impactar negativamente sobre las oportunidades sociales y económicas futuras en la adolescencia. Sin embargo, este período se presenta como una segunda ventana de oportunidades, un punto de inflexión, donde las intervenciones que permitan promover comportamientos saludables y aprendizaje social y emocional favorecerán una potenciación de las trayectorias positivas de desarrollo (UNICEF, 2017).

Asimismo, se ha observado que la influencia de los pares afecta la toma de decisiones en adolescentes (Blakemore & Robbins, 2012; East, Khoo, & Reyes, 2006) siendo más proclives que los/as adultos a tomar riesgos en el contexto de un grupo de pares (Gardner & Steinberg, 2005). En efecto, los/as adolescentes son particularmente sensibles a las recompensas cuando están en compañía de sus amigos/as (Silva, Chein, & Steinberg, 2016).

En la toma de decisiones, un aspecto importante es examinar qué tanto las personas consideran los potenciales resultados de sus comportamientos y sus derivaciones a futuro (Vásquez-Echeverría,

Esteves, Vilares Gomes, & Ortuño, 2015). Algunos estudios señalan que las personas que reportan un uso reducido de drogas y alcohol son menos propensas a involucrarse en comportamientos de riesgo sexual y más propensas a utilizar preservativo (Joireman, Balliet, Sprott, Spangenberg, & Schultz, 2008). Este constructo se investiga considerando dos dimensiones; la dimensión de la inmediatez que implica una preferencia por las consecuencias inmediatas de las acciones y la dimensión del futuro que se asocia con una preferencia por las consecuencias más distantes (Vásquez Echeverría, Martín, Esteves, Ortuño, & Joireman, 2017).

Uno de los asuntos que ha adquirido mayor interés y relevancia social a nivel regional e internacional es el embarazo no intencional en adolescentes. Por embarazo no intencional se entiende aquel que no fue planificado y/o que ocurrió en un momento vital no esperado para la persona (Kaufmann, Morris, & Spitz, 1997; Rodríguez Vignoli, 2017). 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 continuarlo o interrumpirlo (Spierling & Shreffler, 2018). Se trata de un evento estresante para la mujer que debe decidir qué hacer frente a la situación. El embarazo no intencional en adolescentes está habitualmente asociado al uso inconsistente o el no uso de métodos anticonceptivos y ello 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, 2017). La mayoría de los estudios disponibles a nivel regional e internacional han examinado los factores sociales, económicos y culturales implicados en este problema. En menor medida se ha estudiado su dimensión psicológica. A su vez, el conocimiento disponible se concentra en el estudio sobre adolescentes mujeres (Cherry & Dillon, 2014). Más recientemente, se visualizó el déficit de investigación sobre adolescentes varones y su involucramiento en la toma de decisiones sobre embarazo (Lohan, Cruise, O'Halloran, Alderdice, & Hyde, 2011), así como en el diseño de intervenciones innovadoras para involucrarlos en su prevención (Condon, Corkindale, Russell, & Quinlivan, 2006; Corkindale, Condon, Russell, & Quinlivan, 2009; Lohan, 2015; Lohan et al., 2018).

Es necesario comprender profundamente los determinantes sociales y psicológicos implicados en la toma de decisiones sobre embarazo y sobre "embarazo hipotético" en adolescentes mujeres y varones. Esto implica conocer sus reacciones emocionales, sus respuestas cognitivas, sus actitudes 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. Siguiendo la teoría de las decisiones de Ajzen (1991) se entiende que las actitudes personales hacia un comportamiento (por ejemplo, positivas o negativas hacia el aborto, hacia la maternidad) influyen en la intencionalidad del comportamiento y en el comportamiento mismo (en este caso, en la decisión de continuar o interrumpir un embarazo)(Olivari, Ionio, Bonanomi, & Confalonieri, 2015).

En suma, se entiende que las condiciones sociales y económicas para el acceso a la salud sexual y reproductiva y el desarrollo de las capacidades cognitivo-emocionales para la toma de decisiones sexuales y reproductivas son factores relevantes durante la adolescencia. Basado en esta perspectiva, el proyecto tuvo como objetivo principal examinar el papel de la impulsividad, la autorregulación, la toma de riesgos y la desigualdad socioeconómica sobre el proceso de toma de decisiones sexuales y reproductivas de la población adolescente. Este proceso involucra, por lo menos, tres momentos relacionados con la toma de decisiones: la iniciación a la vida afectivo-sexual, el uso de métodos anticonceptivos y la posibilidad de embarazo no intencional (su continuidad o interrupción) (Figura N° 2).

4 - Objetivos e hipótesis

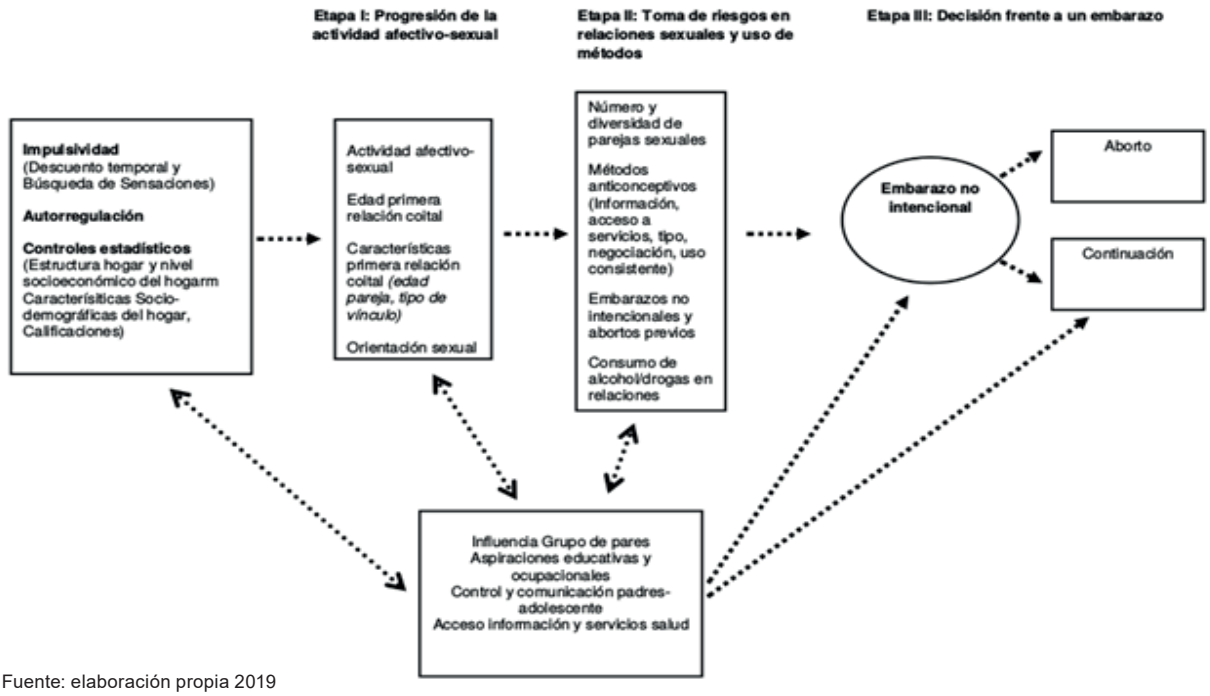
El estudio tuvo por objetivo principal explorar y describir el peso de los factores emocionales, cognitivos y sociales sobre:

(1) las transiciones y trayectorias de actividad afectivo-sexual en adolescentes;

(2) la toma de riesgos en comportamiento sexual y el uso (in)consistente de métodos anticonceptivos y

(3) los riesgos de embarazo no intencional y la decisión final frente a una situación de embarazo hipotético (continuación versus interrupción).

▸ **Figura N° 2.** *Etapas y factores asociados a la toma de decisiones y embarazo no intencional en adolescentes. Fuente: Estudio FACTCES 2017*



Fuente: elaboración propia 2019

En dicho marco, nuestro proyecto busca reunir evidencia empírica que permita contrastar las siguientes hipótesis:

- A mayor autorregulación, menor toma de riesgos en relaciones sexuales, menor probabilidad de uso inconsistente de métodos anticonceptivos y menor riesgo de embarazo no intencional.

- A mayor desbalance impulsividad/autorregulación, mayor toma de riesgos en relaciones sexuales, mayor probabilidad de uso inconsistente de métodos anticonceptivos y mayor riesgo de embarazo no intencional.

- A mayor consideración por las consecuencias futuras, menor probabilidad de experimentar transiciones y trayectorias "tempranas" a la actividad afectivo-sexual, menor toma de riesgos en el comportamiento sexual, menor probabilidad de uso inconsistente de métodos anticonceptivos y menor riesgo de embarazo no intencional.

- A mayor resistencia a la influencia de los pares, menor toma de riesgos en el comportamiento sexual, menor probabilidad de uso inconsistente de métodos anticonceptivos y menor riesgo de embarazo no intencional.

- Las actitudes subjetivas sobre maternidad/paternidad y sobre aborto son predictoras de la decisión de continuar o interrumpir el embarazo.

5 - Diseño e Implementación del estudio

Este estudio comenzó a desarrollarse a fines de 2016. Durante 2017 se realizó la selección de instrumentos, su adaptación y pilotaje. La recolección de datos se llevó a cabo en 2018. En primer lugar, se describe el proceso de selección, adaptación y piloto de los instrumentos; luego, se presentará el desarrollo de la recolección de datos.

5.1 Fase piloto: selección, adecuación de instrumentos y su aplicación

Se realizó un proceso de selección y adaptación de la batería de tareas experimentales del equipo del

Prof. Laurence Steinberg, referente internacional en la materia (Universidad de Temple, Filadelfia, Estados Unidos) (Steinberg et al., 2017) que fue reimplementada en lenguaje PsychoPy 1.7/1.8 a partir de una serie de insumos de base como *scripts* en otros lenguajes de programación. Para el desarrollo de este insumo se contrataron los servicios del programador Alfonso Pérez, experto en tareas experimentales. En dicha instancia, la participación del Prof. L. Steinberg permitió el acceso a instrumentos validados en su versión en español, que fueron especialmente adaptados para este proyecto. Por otra parte, la participación del Dr. Juan Carlos Godoy y el Dr. Ignacio Acuña (Universidad Nacional de Córdoba, Argentina) facilitó la discusión del diseño y el ajuste de los instrumentos para el relevamiento de campo. También se diseñó e implementó en lenguaje HTML un cuestionario sociodemográfico, de nivel socioeconómico y de experiencia sexual.

Asimismo, se diseñó, adaptó y programó un sistema tipo Computer Assisted Self-Interview (CASI, por sus siglas en inglés), que permite el levantamiento y almacenamiento automático de los datos. Este sistema funciona como un dispositivo computarizado de autorreporte asistido, donde los participantes resuelven las tareas, y responden escalas y cuestionarios, utilizando una computadora portátil y auriculares, que no requieren participación directa del aplicador (sólo en caso de dudas, el aplicador puede responder). Para ello se realizó un acuerdo con el Plan Ceibal en Uruguay[1], institución pública que donó 40 computadoras portátiles *Magallanes* para la implementación del estudio (Figura N° 3).

En 2017 se realizaron tres pruebas piloto de las baterías de instrumentos y del propio sistema CASI. Para evaluar la calidad del dispositivo de campo, se elaboraron indicadores de comprensión, motivación y facilidad de resolución de las tareas experimentales y los cuestionarios sociodemográficos y de experiencia sexual. A partir de las experiencias piloto se generó un conjunto de 17 recomendaciones que fueron incorporadas a la versión definitiva.

La organización del estudio piloto implicó:

1. la selección, definición y ajuste de los instrumentos para la recolección de la información. Para ello se seleccionaron 12 instrumentos que fueron, en algunos casos, traducidos al español.

Se diseñaron los siguientes formularios:

- formulario sociodemográfico
- formulario sobre sexualidad, parejas y comportamientos de riesgo
- formulario sobre embarazo hipotético
- formulario matriz de progresión afectivo-sexual

2. La programación de los instrumentos en lenguaje *PsychoPy* para su aplicación en las computadoras donadas por el Plan Ceibal.

3. La instalación de los instrumentos en las computadoras del Plan Ceibal donadas para el proyecto.

4. Diseño y programación de una red intranet y un entorno de control central de la aplicación (la aplicación simultánea en todas las computadoras se controla desde un servidor).

5. La coordinación con organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales con base territorial para la aplicación del estudio piloto con adolescentes entre 15 y 19 años, mujeres y varones, escolarizados y no escolarizados, de niveles socioeconómicos bajos.

6. Se realizó una convocatoria abierta a través de redes sociales y por técnica de bola de nieve con adolescentes con el perfil requerido para la aplicación del estudio en instalaciones de Facultad de Psicología, Universidad de la República.

7. Se prepararon los consentimientos informados para referentes adultos y los asentimientos para adolescentes según lo establecido por las normas éticas de investigación con seres humanos.

8. Se entrenó a 10 estudiantes universitarios que participaron durante los cuatro meses del proyecto piloto y se preparó un protocolo para la aplicación de los instrumentos.

Tal como estaba previsto se realizaron tres aplicaciones. La primera de ellas tuvo lugar en la sede de una organización civil (Figura N° 3), en la cual participaron 27 adolescentes y las otras dos aplicaciones fueron en Facultad de Psicología con

▸ **Figura N° 3.** *Piloto en ONG (2017)*

20 adolescentes. En total participaron 47 adolescentes, mujeres y varones entre 15 y 19 años.

5.2 Diseño metodológico definitivo del estudio

El diseño del estudio consistió en la realización de un relevamiento de tipo transversal retrospectivo, en base a una muestra probabilística de adolescentes en hogares particulares (n=114) y dos muestras intencionales: organizaciones sociales y educativas de Montevideo (n=219) y casos intencionales realizados en Facultad de Psicología (n=38). El relevamiento tuvo lugar durante el año 2018 y se realizó mediante la aplicación de cinco tareas comportamentales, dos escalas (ver tabla N° 1) y un cuestionario sociodemográfico, de nivel socioeconómico y de experiencia sexual.

Para facilitar el autorreporte y la comprensión de los instrumentos por parte de los/as participantes en el estudio, el equipo de investigación desarrolló

▸ **Tabla N° 1.** *Tareas comportamentales y escalas utilizadas en el estudio*

Tarea	Dimensión	Consigna
Balloon Analogue Risk Task (BART) (Lejuez et al., 2002) (Figura 6a).	toma de riesgos	Los/as participantes deciden cuánto aire le ponen a un globo que aparece en la pantalla. Cuanto más se infla el globo, más puntos se obtienen. Sin embargo, agregar más aire puede causar que el globo explote y se pierdan los puntos obtenidos durante ese ensayo.
Game of Dice Task (Brand et al., 2004, 2005) (Figura 6b).	aversión/atracción a las decisiones riesgosas	Los/as participantes intentan predecir el resultado de una tirada de dados seleccionando entre diferentes opciones que van desde una alta probabilidad de ganar, pero con pocas ganancias, hasta opciones con bajas probabilidades y altas ganancias.
Tower of London (ToL) (Shallice, 1982) (Figura 6c).	impulsividad y planificación estratégica	Se presentan dos imágenes con tres discos distribuidos en tres pilas. La imagen superior muestra la formación objetivo de los discos y la inferior, el punto de inicio. El/la participante tiene que mover los discos de la imagen inferior desde la posición de inicio hacia la ubicación objetivo, en la menor cantidad de movimientos posibles
Wechsler Abbreviation Scale of Intelligence (WASI) – Matrix Reasoning (Steinberg et al., 2017) (Figura 6d).	habilidad intelectual no verbal (media de control)	El/la participante ve una matriz o una serie incompleta y selecciona una opción que la complete.
Stoplight game (Steinberg et al., 2008) (Figura 7).	toma de riesgos	El/la participante tiene que manejar un auto y para llegar a destino debe pasar 20 intersecciones con semáforo. Cuando se acerca a una intersección, la luz pasará a amarillo, y debe decidir si detiene el auto y espera a que la luz pase a rojo y luego a verde (pierde 3 segundos), o intenta cruzar; si el/la participante decide cruzar hay una chance de chocar con otro vehículo (pierde 6 segundos), si cruza y no lo chocan no pierde tiempo.
Escala de consideración de las consecuencias futuras (CFC) (Vásquez-Echeverría, Antino, Alvarez-Nuñez, & Rodríguez-Muñoz, 2018).	preferencia por la satisfacción inmediata en lugar de considerar las consecuencias a futuro y preferencia por los resultados a largo plazo, y postergación la satisfacción inmediata	En esta escala aparecen afirmaciones y el/la participante tiene que decir, del 1 al 7, qué tanto lo caracteriza; siendo 1 cuando no lo caracteriza para nada y 7 cuando lo caracteriza mucho.
Escala: Resistencia a la Influencia de pares (Steinberg & Monahan, 2007).	Capacidad individual para resistir la presión de los pares y comportarse como uno quiere. Puntajes más altos se relacionan con mayor resistencia a la influencia de pares.	En esta escala, aparecen dos afirmaciones en la pantalla y los/as participantes deben elegir aquella que mejor los caracteriza. Luego, deberán decidir qué tanto los caracteriza, desde "Algo verdadero para mi" (poco) hasta "Muy verdadero para mí" (mucho).

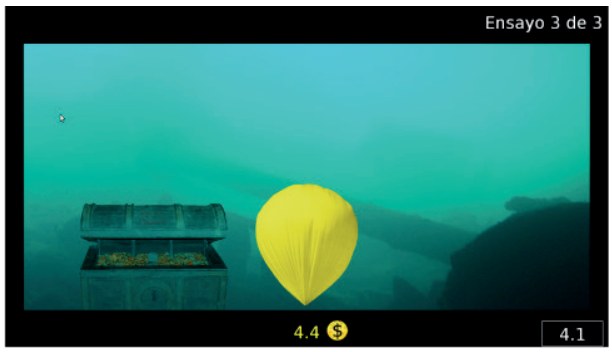


Figura 6a. Balloon Analogue Risk Task

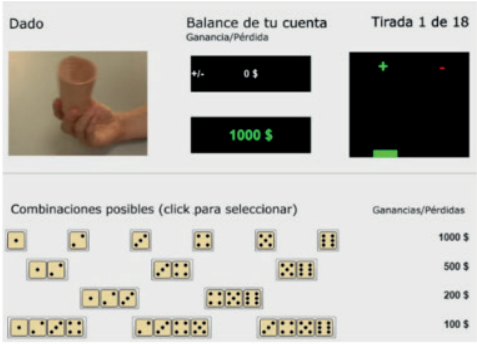


Figura 6b. Game of Dice Task

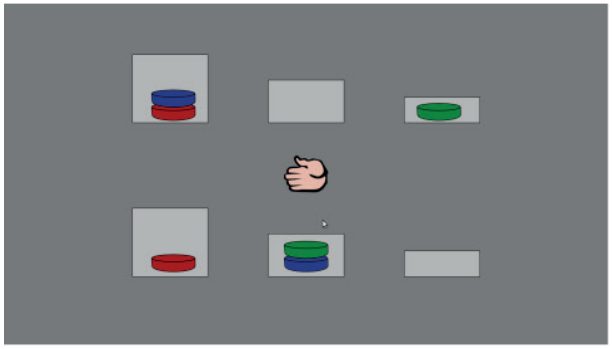


Figura 6c. Tower of London Task

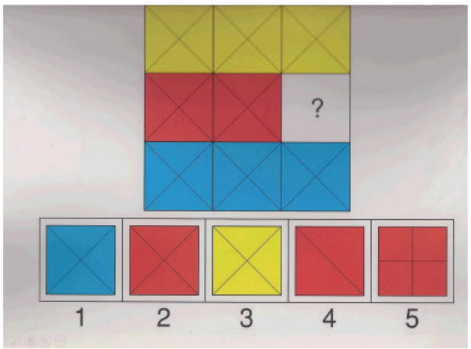


Figura 6d. Wechsler Abbreviation Scale of Intelligence

▸ **Figura N° 6.** *Tareas comportamentales utilizadas: BART, Game of Dice, Tower of London, WASI*

un sistema de videotutoriales e instrucciones incorporado al CASI, relatadas por un adolescente. Los datos fueron recolectados por aplicadores entrenados por el equipo de investigación. El sistema CASI constituye un alto estándar en el relevamiento de datos sensibles, y preserva la intimidad y privacidad de las personas entrevistadas durante el relevamiento. Asimismo, el equipo de investigación diseñó un sistema de encriptación automática de datos acorde a la Ley de Protección de Datos personales (N°18.331) como parte de los cuidados éticos del estudio.

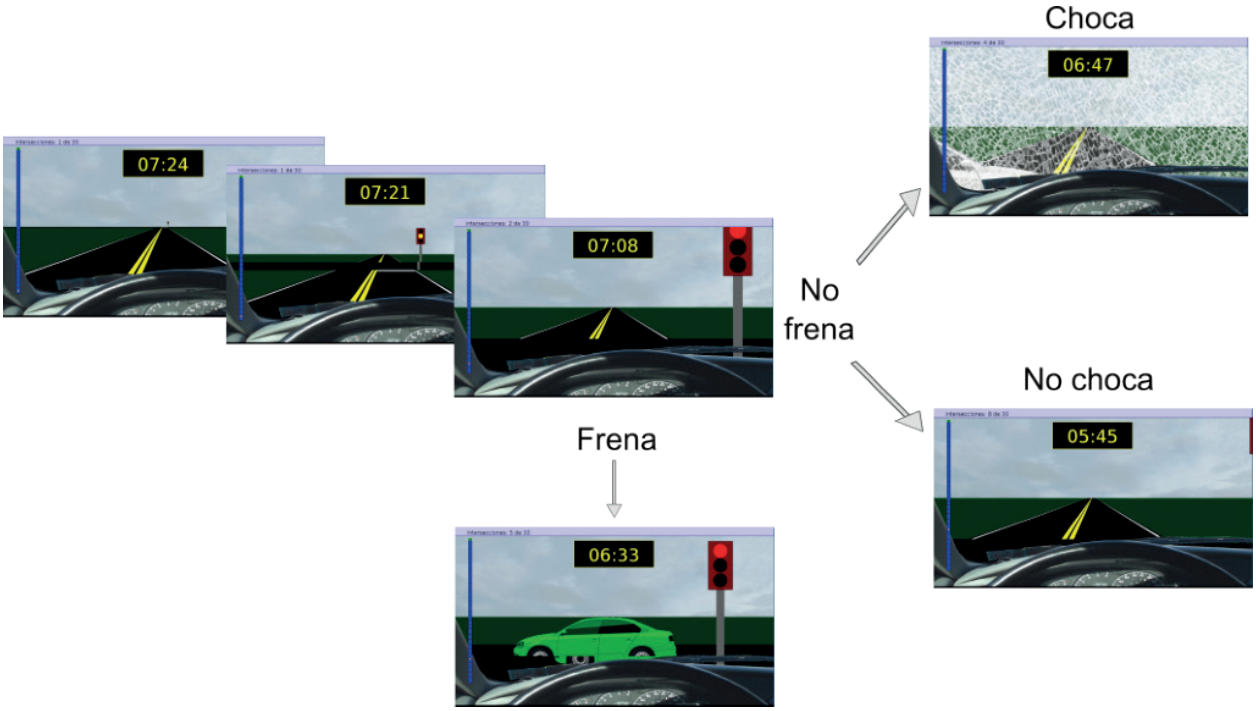
Se diseñó un cuestionario sociodemográfico y otro sobre experiencia y comportamiento sexual (autoadministrado) (Figura N° 8). El cuestionario sociodemográfico se elaboró tomando como base el que utiliza el Instituto Nacional de Estadística en la Encuesta Continua de Hogares. Para el nivel socioeconómico se utilizó INSE versión 2016, calculado en base a puntajes asignados a barrio de residencia, tamaño del hogar, cantidad de menores, perceptores del hogar, escolaridad y atención salud del jefe de hogar, confort del hogar, tenencia de la vivienda y material del techo (CINVE, 2016). Para el cuestionario sobre experiencia y comportamiento sexual se relevaron

El Plan Ceibal

Plan Ceibal se creó en 2007 como un plan de inclusión e igualdad de oportunidades con el objetivo de apoyar con tecnología las políticas educativas uruguayas. Desde su implementación, cada niño que ingresa al sistema educativo público en todo el país accede a una computadora para su uso personal con conexión a Internet gratuita desde el centro educativo. Además, Plan Ceibal provee un conjunto de programas, recursos educativos y capacitación docente que transforma las maneras de enseñar y aprender.

Figura N° 4. *Computadora Magallanes del Plan Ceibal*

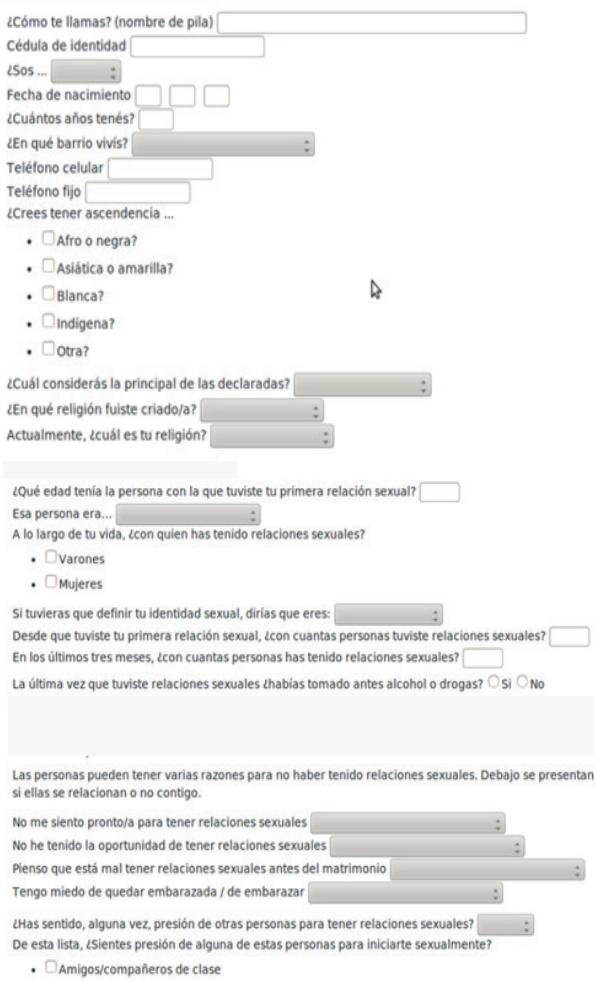
▸ **Figura N° 7.** *Tarea comportamental Stoplight*



instrumentos utilizados por el Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay)[3] y la Encuesta Nacional de Juventud (ENAJ) realizadas en 2008 y 2013 por el Instituto Nacional de la Juventud y el INE[4] e instrumentos elaborados en otros contextos y países(Hansen, Paskett, & Carter, 1999).

Se relevó información sobre las trayectorias afectivo-sexuales de los/as adolescentes hasta la edad de la primera relación sexual genital. Dichas trayectorias permiten analizar los patrones típicos de las trayectorias afectivo-sexuales y superar la visión reducida a la edad de inicio de la vida sexual genital para ubicar los comportamientos sexuales y reproductivos en su dimensión procesual durante el curso de vida de los/as adolescentes. Sumado a la edad de la primera relación sexual genital como uno de los marcadores sociales y biológicos centrales de la investigación en salud sexual y reproductiva se relevaron las razones y emociones de la primera relación sexual, edad

▸ **Figura N° 8.**


¿Cómo te llamas? (nombre de pila)
Cédula de identidad
¿Sos ...
Fecha de nacimiento
¿Cuántos años tenés?
¿En qué barrio vivís?
Teléfono celular
Teléfono fijo
¿Crees tener ascendencia ...
- Afro o negra?
- Asiática o amarilla?
- Blanca?
- Indígena?
- Otra?

¿Cuál considerás la principal de las declaradas?
¿En qué religión fuiste criado/a?
Actualmente, ¿cuál es tu religión?

¿Qué edad tenía la persona con la que tuviste tu primera relación sexual?
Esa persona era...
A lo largo de tu vida, ¿con quien has tenido relaciones sexuales?
- Varones
- Mujeres

Si tuvieras que definir tu identidad sexual, dirías que eres:
Desde que tuviste tu primera relación sexual, ¿con cuantas personas tuviste relaciones sexuales?
En los últimos tres meses, ¿con cuantas personas has tenido relaciones sexuales?
La última vez que tuviste relaciones sexuales ¿habías tomado antes alcohol o drogas? Si No

Las personas pueden tener varias razones para no haber tenido relaciones sexuales. Debajo se presentan si ellas se relacionan o no contigo.
No me siento pronto/a para tener relaciones sexuales
No he tenido la oportunidad de tener relaciones sexuales
Pienso que está mal tener relaciones sexuales antes del matrimonio
Tengo miedo de quedar embarazada / de embarazar

¿Has sentido, alguna vez, presión de otras personas para tener relaciones sexuales?
De esta lista, ¿Sientes presión de alguna de estas personas para iniciarte sexualmente?
- Amigos/compañeros de clase

3 Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva, Mujer y Salud en Uruguay (MSYU): http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/

4 Ver información en http://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-nacional-de-adolescentes-y-juventud-enaj-2018/-/asset_publisher/8nW0ZKdgKuqR/content/tercera-encuesta-nacional-de-adolescencia-y-juventud-2013/maximized?_101_INSTANCE_8nW0ZKdgKuqR_redirect=%2Fencuesta-nacional-de-adolescentes-y-juventud-enaj-2018

Trabajo de campo

Se realizó una visita a los hogares seleccionados donde se entregó un folleto informativo del estudio a la familia o referentes adultos del/de la adolescente (hoja de información). Si los/as adolescentes aceptaban participar y la familia otorgaba el consentimiento, se realizaba la batería de instrumentos en una computadora portátil del proyecto utilizando auriculares. Por otro lado, se realizaron contactos con organizaciones sociales e instituciones educativas donde se realizaron aplicaciones grupales. Asimismo, se recolectaron datos en Facultad de Psicología con una muestra intencional.

Perfil de adolescentes participantes del estudio

371 adolescentes entre 12 y 20 años, con una media de 16,40 (std. dev. 1,77).

Sexo: 42% eran hombres y 58% mujeres.

Ascendencia étnico-racial: 13% declaró tener ascendencia principal afro o negra, 61% blanca, 11% indígena y 14 % otra.

Estado civil: 70% eran solteros/as, 26% tenían novio/a y 4% estaba casado o vivía en pareja.

Educación: 90% estaba asistiendo a centro educativo al momento del estudio. De ellos, 83% asistía a una institución educativa pública y el restante 17% a una privada.

Nivel socioeconómico: la distribución del puntaje de nivel socioeconómico se ubica entre 8 (min.) y 62,63 (máx.) con una media de 39,08. Se utilizaron tres niveles de NSE: bajo (8 a 34 puntos), medio (34,63 a 45 puntos) y alto (45,63 a 62,63).

Salud: 1 de cada 2 se atiende en servicios mutuales y 1 de cada tres en servicios públicos de salud. 93 % había realizado al menos una consulta médica en el último año, pero 57% nunca había consultado sobre temas relativos a salud sexual, al momento del estudio.

Inicio vida sexual: 47% tuvo relaciones sexuales, con una edad media para la primera relación sexual de 15,24 años (std. dev. 2,08).

de la primera pareja, tipo de vínculo (ocasional, amigo/a, novio, trabajador/a sexual), preferencia y el tipo de experiencias sexuales predominante, orientación sexual, número de parejas sexuales, escala sobre motivación sexual, consumo de alcohol. Esto permite desarrollar medidas paralelas de validez y confiabilidad sobre un conjunto más amplio de comportamientos. El cuestionario indagó sobre uso de métodos anticonceptivos y experiencia reproductiva: el comportamiento contraceptivo de los/as adolescentes constituye un eslabón clave en el proceso de toma de decisiones sexuales y reproductivas. El proyecto relevó información sobre el uso de métodos anticonceptivos, tipo de métodos utilizados, el uso (in) consistente de métodos, las razones de la no utilización, quién tomó la decisión de utilizar o no, qué método fue escogido, fuentes de obtención e información sobre métodos anticonceptivos, percepciones y presión social para tener relaciones sexuales, historia reproductiva, embarazos y abortos previos, intenciones reproductivas futuras (planificación, deseos etc.), y toma de decisiones frente a un embarazo hipotético y percepciones sobre aborto y continuación del embarazo.

5.3 Análisis de datos

Se eliminaron los casos incompletos (aquellos que no tenía información en el cuestionario sociodemográfico y de experiencia sexual). Posteriormente, siguiendo el procedimiento planteado por Duell et al., (2018), se filtraron "outliers" (residuales "grandes"): 1,5 veces Rango Interq. (q3-q1). Se ajustaron una serie de modelos de regresión binomiales y multinomiales (variables de control: edad, INSE, sexo).

En el análisis de los datos, se utilizaron los siguientes tipos de modelos de regresión:

Regresión logística binomial. Este tipo de regresión se utilizó para explorar los efectos asociados a un conjunto de variables independientes "x", teóricamente explicativas, cuando se trabajó con una variable dependiente "y" de respuesta dicotómica (0, 1) correspondiente a un adolescente "i" (por ejemplo, "haber tenido relaciones antes de los 15 años de edad", o "haber utilizado condón en la última relación"). Se modeló la probabilidad $P(yi = 1) \mid x$, como una función no lineal de "x", o la probabilidad de ocurrencia del evento de interés condicionada al conjunto de variables consideradas en cada modelo (por ejemplo, toma de riesgos, autorregulación, planificación, sexo-género, NSE,

etc.). Por razones de simplicidad, se utilizó una especificación lineal para el logaritmo natural de los momios de éxito o "log odds" (y=1). En dicha especificación, los coeficientes ß a la variable "x" indicarán la cantidad de incremento asociado a la probabilidad de ocurrencia del evento, por incremento unitario en dicha "x". Cabe señalar que en esta especificación, la interpretación de los coeficientes no es directa, sino que se limita exclusivamente a efectos "positivos" o "negativos". Cuando se trata de una variable "x" nominal, el efecto se interpreta respecto a un grupo de referencia (varones versus mujeres, por ejemplo).

Regresión logística multinomial. Este tipo de modelo es muy similar al logístico binomial pero se aplicó en aquellos casos donde la variable de interés "y" presentaba más de dos categorías nominales no ordenadas (por ejemplo, los modelos de embarazo hipotético donde los adolescentes toman la decisión de "continuar", "interrumpir" o "no saben/tienen dudas"). En el caso de estos modelos, la interpretación de los resultados se realizó en términos de probabilidades predichas,donde se observa el cambio en la probabilidad de experimentar el comportamiento o tomar la decisión (y=1)asociado al cambio en la variable independiente "x" de interés, para un adolescente promedio de la muestra del estudio (efectos marginales en la media).

Regresión poisson. Este tipo de modelado lineal generalizado fue utilizado cuando el fenómeno de interés ("y") correspondía a una "variable cuenta" (yi > 0), o una cantidad discreta y no negativa (por ejemplo, el número de parejas sexuales de los adolescentes durante su vida). El valor de los coeficientes se interpreta como el cambio esperado en el "log count" de la variable de interés, por unidad adicional de la variable "x" de intervalo, o respecto al grupo de referencia cuando se trata de una variable nominal. Por razones de simplicidad, la interpretación se limitó exclusivamente al sentido de los efectos de "incremento" o "decremento" cuando estos resultaron significativos.

▸ **Tabla N° 2.** *Variables del estudio*
Fuente: Elaboración propia, Proyecto FACTCES, 2019

Variable	Instrumento	Cálculo o valores
z_Ratio_planificación_resolución	Torre de Londres	Variable estandarizada del tiempo de reacción al primer movimiento sobre el tiempo de resolución todos los ensayos (sacando enesayos de más de 60s)
género	Sociodemográfico	hombre/mujer
inse	Sociodemográfico	Índice de Nivel Socioeconómico (alto, medio, bajo)
edad_ajust	Sociodemográfico	Edad en años
z_toma_de_riesgos	Stoplight	Variable estandarizada de la cantidad de veces que no frenó sobre las intersecciones válidas
z_planificación_media_movimientos_extra	Torre de Londres	Variable estandarizada del promedio de movimientos de todos los ensayos todos los ensayos (sacando ensayos de más de 60s)
CFC_inmediatez	Consideración de las consecuencias a futuro (sub-escala inmediatez)	Promedio de items 3+4+9+ 11+12
CFC_futuro	Consideración de las consecuencias a futuro (sub-escala futuro)	Promedio de Items 1 +2+6+7+8+13+14
iniciación sexual (rci_1)	Comportamiento sexual	haber tenido relaciones sexuales (si-no)
iniciación sexual antes de la edad 15 años (rci_2)	Comportamiento sexual	haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años (si-no)
numero parejas sexuales anualizada	Comportamiento sexual	número de parejas sexuales sobre los años de actividad sexual
cantidad_parejas_sexuales	Comportamiento sexual	número de parejas sexuales total
no uso de condón en la última relación sexual (rci_4)	Comportamiento sexual	No uso de condón en la última relación sexual (si-no)
uso inefectivo de MAC en primera relación sexual	Comportamiento sexual	puntaje de inefectividad del MAC utilizado en la última relación sexual
más de una pareja sexual en los últimos tres meses	Comportamiento sexual	haber tenido más de una pareja sexual en las últimos tres meses (si-no)
cantidad de parejas sexuales en los últimos tres meses	Comportamiento sexual	número de parejas sexuales en los últimos tres meses
consumo de alcohol en la última relación sexual	Comportamiento sexual	consumo de alcohol en la última relación sexual (si-no)

Regresión lineal múltiple. Cuando se buscaba conocer el efecto lineal de un conjunto de variables "x" sobre una variable de respuesta "y" interval se utilizaron modelos clásicos de regresión lineal múltiple por método de mínimos cuadrados ordinarios (MCO). Para este tipo de modelos, los coeficientes de regresión se interpretan como el cambio medio en la variable de interés "y", por cambio unitario en la variable "x" manteniendo el resto de las variables independientes del modelo constantes.

6 - Resultados

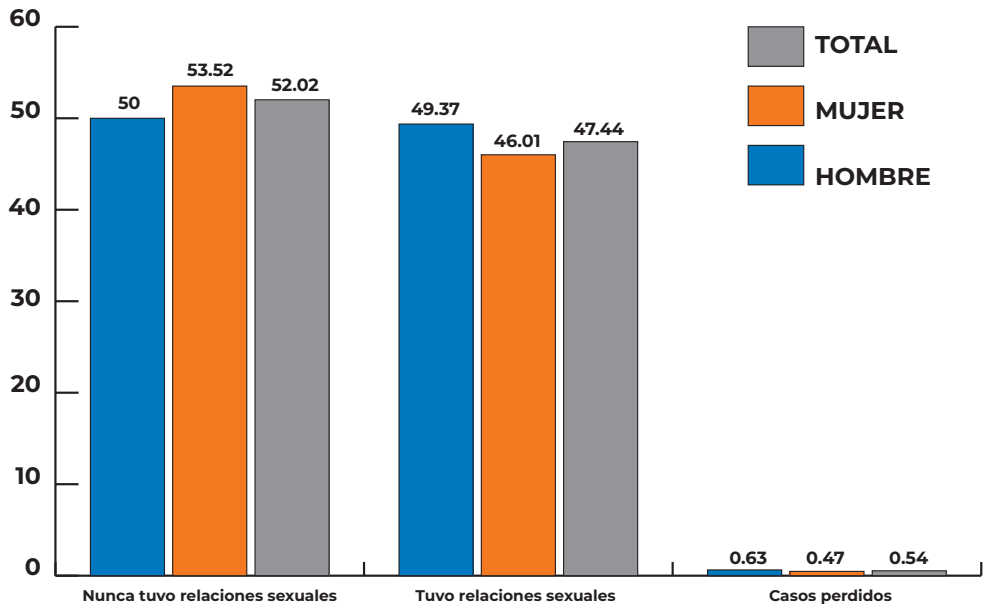
6.1 La experiencia sexual

6.1.1 Iniciación sexual y uso de métodos anticonceptivos

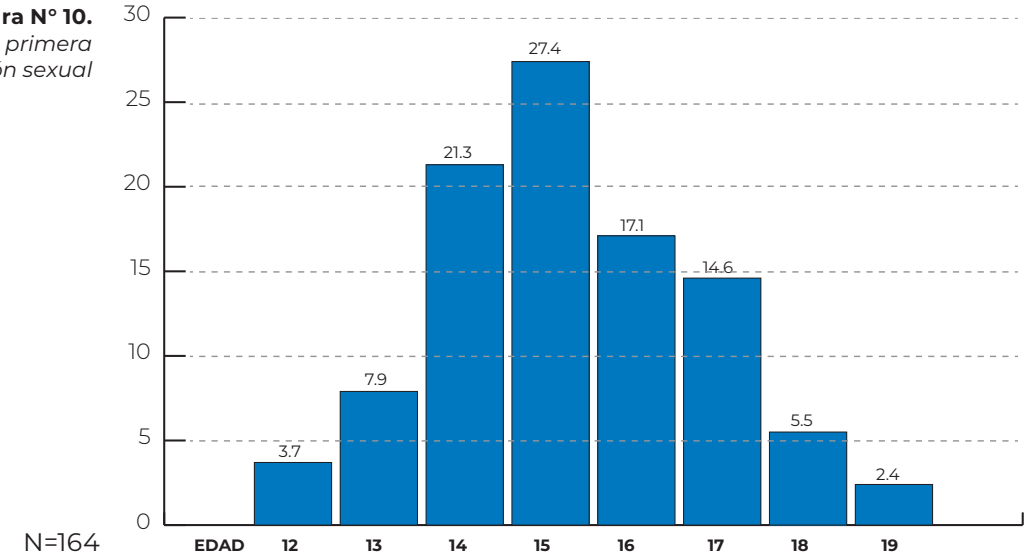
Como se observa en la Figura N° 9, algo menos de la mitad (47%) de los/as adolescentes considerados para el análisis (N=371) habían tenido su primera relación sexual genital al momento de su participación en el estudio (n=176).

La Figura N° 10 muestra la distribución por edades simples de quienes habían experimentado su primera relación sexual. Como se muestra en dicho gráfico, a la edad de 15 años cumplidos algo más del 60% de los adolescentes consultados había experimentado su iniciación sexual. Además, más de 1 de 4 (27%) tuvo su primera relación sexual

▸ **Figura N° 9.** *Inicio relaciones sexuales según sexo (%).*



▸ **Figura N° 10.** *Edad de la primera relación sexual*



específicamente a esa edad (promedio 15,2439 / std. desv. 1,567).

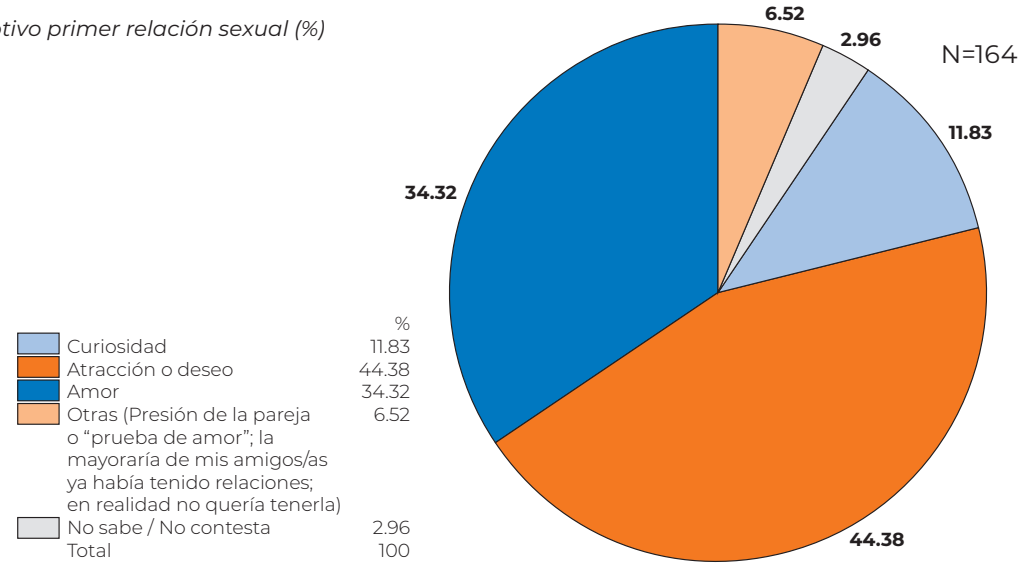
Dentro del conjunto restante, algunos se iniciaron antes o después de los 15 años. Se observó que casi 1 de cada 3 adolescentes se inició entre los 16 y 17 (32%), mientras el restante 8% lo hizo entre los 18 y 19 años de edad. Contrariamente, más del 30% de los adolescentes que participaron en el estudio experimentaron una iniciación sexual que podría considerarse más "temprana": 2 de cada 10 (21%) declaró que se había iniciado a los 14 años y cerca del 12% lo hicieron entre los 12 y 13 años cumplidos.

Como puede apreciarse en la Figura N° 9, las proporciones de varones y mujeres que ya había iniciaron su vida sexual resultaron muy similares, con una leve diferencia favorable a los primeros (49%).

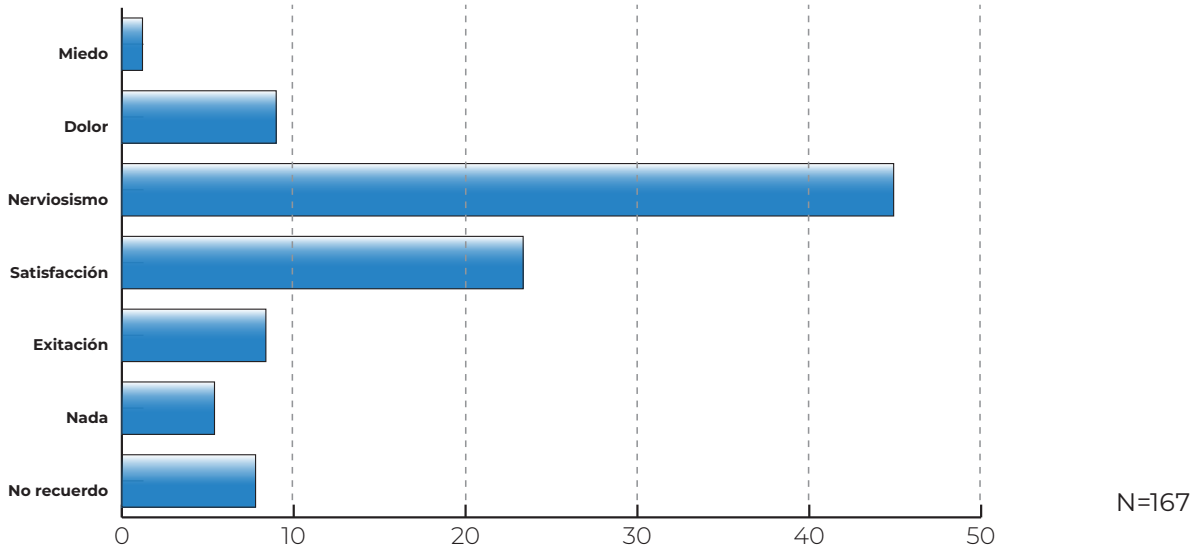
El estudio indagó acerca de los motivos declarados por los/as adolescentes al momento de tener su primera relación sexual genital.

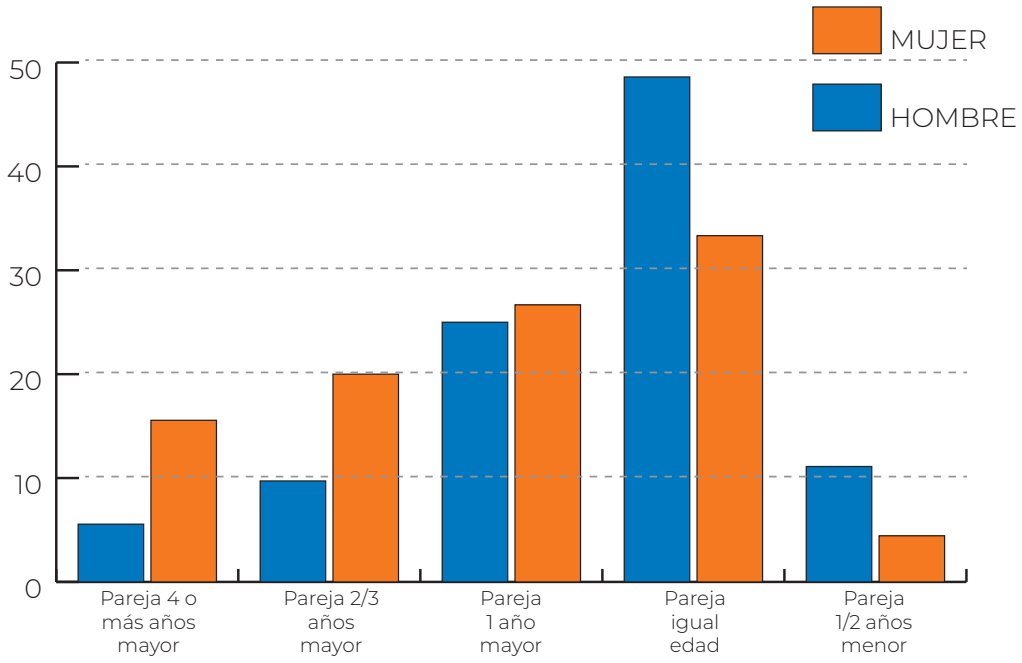
Como se presenta en la Figura N° 11, el resultado muestra que el 44% declara que el motivo principal fue la "atracción o deseo", seguido por un 34% que lo hizo por "amor". Asimismo, cabe destacar que un 12% declara haber tenido su iniciación por "curiosidad", y cerca de un 7% por otras razones de diversa índole ("presión de la pareja o prueba de amor", "la mayoría de mis amigos ya habían tenido relaciones sexuales, o incluso "en realidad no quería tenerla).

▸ **Figura N° 11.** *Motivo primer relación sexual (%)*



▸ **Figura N° 12.** *¿Qué sentiste durante tu primera relación sexual? (%)*





▸ **Figura N° 13.** *Diferencia edad con su primera pareja sexual según sexo*

N=167

Sin embargo, la escasa cantidad de casos no permite realizar un análisis más detallado de estas otras motivaciones.

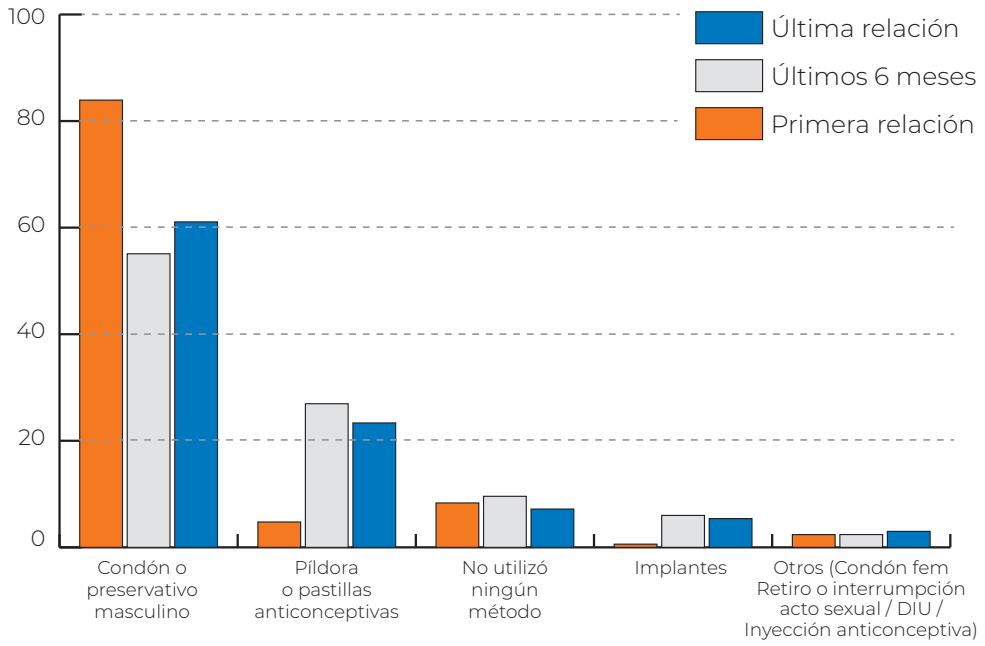
Las sensaciones experimentadas durante esta primera relación sexual constituyen otro de los aspectos subjetivos que fueron indagados en el estudio. Tal como indica la Figura N° 12, el "nerviosismo" (45%) y la "satisfacción" (23%) fueron las dos principales sensaciones, seguidas por el "dolor" (9%) y la "excitación" (8%), bastante menos declaradas que las anteriores. Asimismo, un 5% declaró que no haber sentido "nada", casi un 8% no recuerda qué sintió.

Otro aspecto explorado fue acerca de la edad de la primers pareja sexual. Los resultados se presentan en la siguiente Figura N° 13. Como puede observarse las mujeres, en mayor proporción que los varones, tuvieron su primera pareja sexual con 4 años o más de diferencia de edad o con 2 a 3 años mayor. Son los varones en quienes se observa en mayor proporción la paridad etaria con su primera pareja. Estos resultados parecen reflejar las pautas culturales sobre los requerimientos y necesidades sexuales de mujeres y varones.

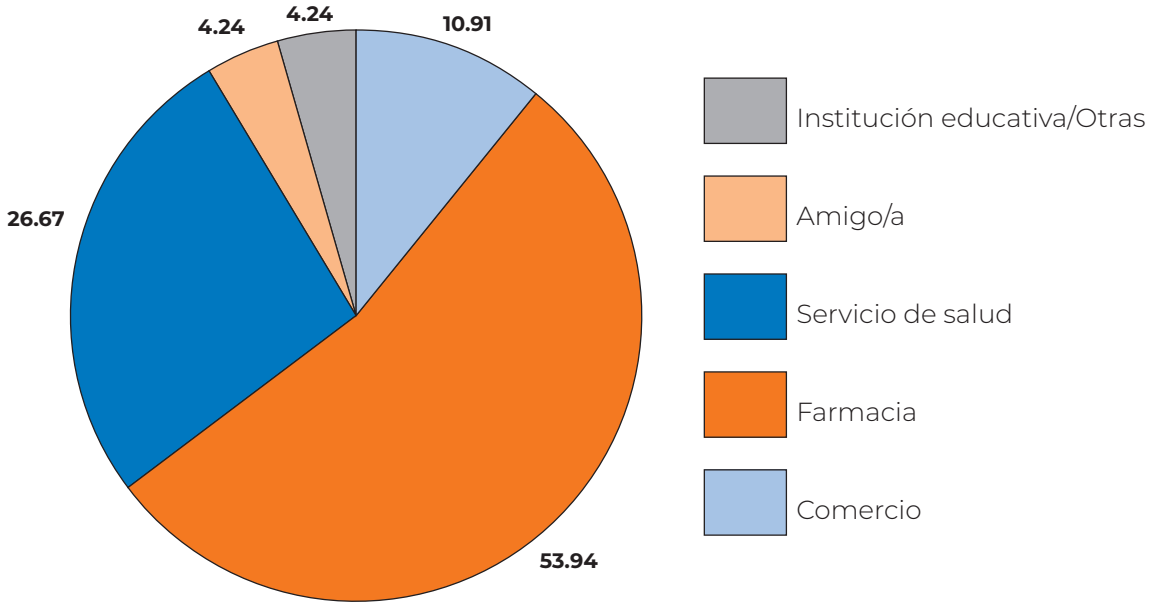
En la Figura N° 14 se muestra la distribución de métodos anticonceptivos utilizados en distintos

▸ **Figura N° 14.** *Método anticonceptivo (MAC) utilizado según período de referencia (%).*

N (primera relación) =168; N (últimos 6 meses) = 167; N (última relación) = 167

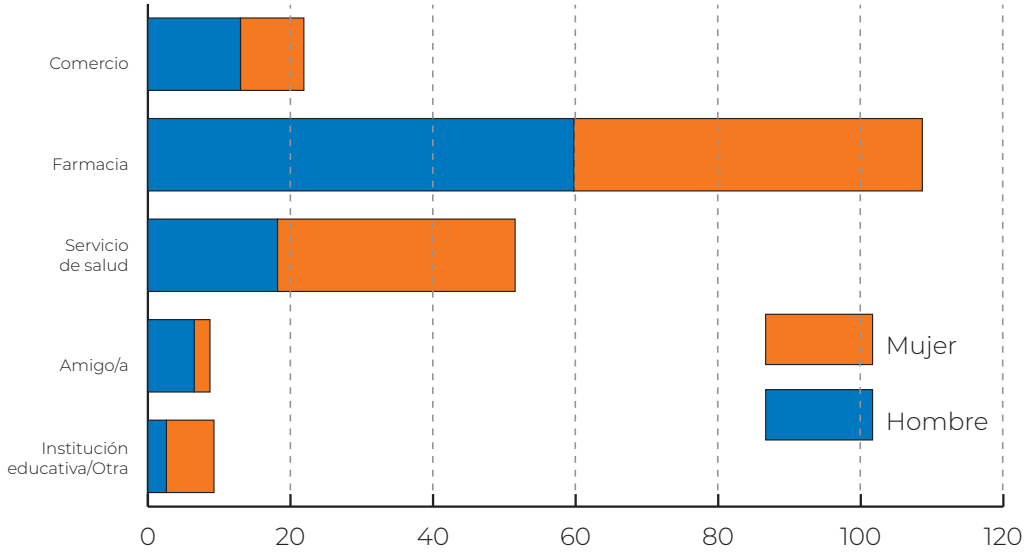


▸ **Figura N° 15.**
Lugar donde obtuvo MAC última relación sexual (%)



▸ **Figura N° 16.**
Lugar donde obtuvo MAC última relación sexual según sexo (%)

N=165



eventos y periodos de referencia de las relaciones sexuales: la primera relación, los últimos 6 meses y la última relación sexual.

Como se observa, el 84% de los adolescentes utilizó "condón o preservativo masculino" en su primera relación sexual. El restante porcentaje se distribuye entre "píldoras o pastillas anticonceptivas" (5%) y otros métodos como el condón femenino, retiro o interrupción del acto sexual, DIU o inyección (2%).

Las proporciones de adolescentes que declararon no haber utilizado "ningún método" se ubican entre 7% y 10% dependiendo del periodo de referencia de la relación.

El "condón o preservativo masculino" también constituye el método más utilizado en el caso de los últimos 6 meses (55%) y la última relación sexual (61%). Al mismo tiempo, se observa la creciente importancia del uso de las "píldoras o pastillas anticonceptivas" (entre 23% y 27%) y de los "implantes" (cerca del 6%) en las relaciones sexuales más recientes respecto al primer evento sexual.

La Figura N° 15 muestra la distribución repor-

tada para el lugar donde se obtuvo el método anticonceptivo de la última relación sexual. Como se observa, más de la mitad de los adolescentes obtienen sus métodos en la farmacia al momento (54%), y más de uno de cada cuatro directamente en los servicios de salud (27%). Adicionalmente, el 11% lo compran en algún "comercio" no especializado, y el restando 8% recurre en igual proporción tanto a "amigos/as" (4%) como a "instituciones educativas u otras" (4%).

Cuando se analiza el lugar donde se obtuvieron los métodos anticonceptivos según sexo de los adolescentes (Figura N° 16) se observan algunas diferencias importantes. En primer lugar, la "Farmacia" como opción preferida por los adolescentes en general, es aún más importante para los varones (60%) respecto a las mujeres (49%). A la inversa, el "servicio de salud" como segunda opción general, es más utilizada por las mujeres (33%) que por los varones (18%). Finalmente, los varones también recurren en mayor porcentaje a los "comercios" (13%) en comparación con las mujeres (9%).

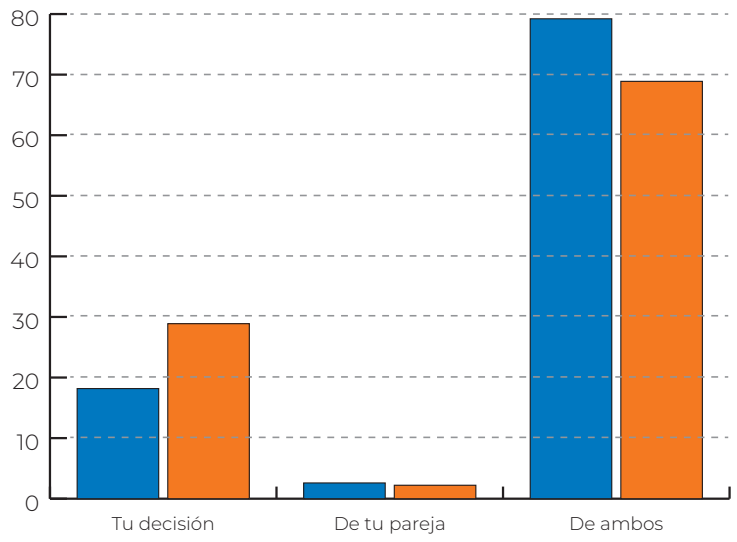
Por otra parte, el estudio buscó indagar acerca de la negociación sobre la decisión sobre el tipo de método anticonceptivo utilizado. La Figura N° 17 indica que las mujeres declaran que se trató de su propia decisión ("tu decisión") en mayor proporción (29%) respecto a los varones (19%), mientras que estos últimos indican con mayor frecuencia que la decisión fue "de ambos" (79%).

Aunque más de 9 de cada 10 adolescentes consultados indicaron que recibieron información sobre el uso de métodos anticonceptivos (Figura N° 18), casi 20% declaró no haber usado método en alguna de las relaciones sexuales consultadas por separado (primera vez, últimos 6 meses, última relación). Si bien 80% ha utilizado método anticonceptivo en todas las ocasiones consultadas, dicho hallazgo abre un margen de incertidumbre en relación con el problema de la inconsistencia en el uso de métodos.

6.1.2 Trayectorias afectivo-sexuales

Para el análisis exploratorio de los datos sobre las trayectorias afectivo-sexuales se trabajó con un conjunto de 13 comportamientos ubicados en un gradiente "afectivo-sexual" aproximado (abrazarse, tomarse de la mano, pasar tiempo solos, beso "piquito", beso en la boca, "cucharita", acostarse juntos, estar desnudos, tocar por debajo de la ropa, ser tocado por debajo de la ropa, tocar genitales, sexo oral y primera relación sexual). La adaptación del instrumento original consistió en consultar la edad a la que se había realizado cada uno de los comportamientos por primera vez en la vida, desde los 9 años hasta la edad de la primera relación sexual (cargada automáticamente en el sistema CASI a partir de una pregunta previa). Como se observa en la Tabla N° 3 las medidas de tendencia central y desviación de cada comportamiento permiten una aproximación tentativa al calendario de progresión afectivo-sexual de los adolescentes que participaron en el estudio.

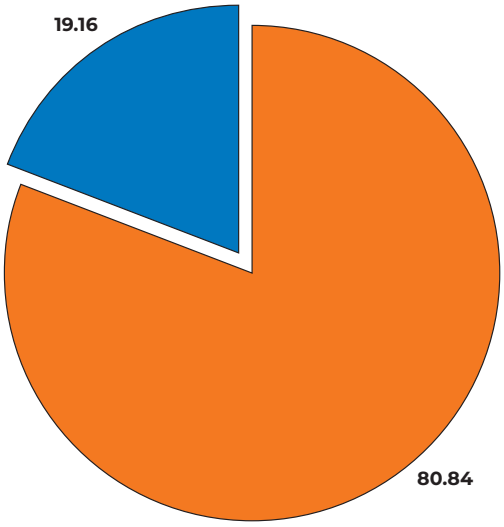
Las edades centrales (Figura N° 20) y la matriz de correlaciones (Tabla N° 4) entre los distintos comportamientos, permitieron plantear algunas hipótesis preliminares sobre la existencia de etapas afectivo-sexuales diferenciadas. Mientras la



▸ **Figura N° 17.**
Quién decidió MAC

N=165

Nota: No se muestran % en celdas con menos de 5 casos

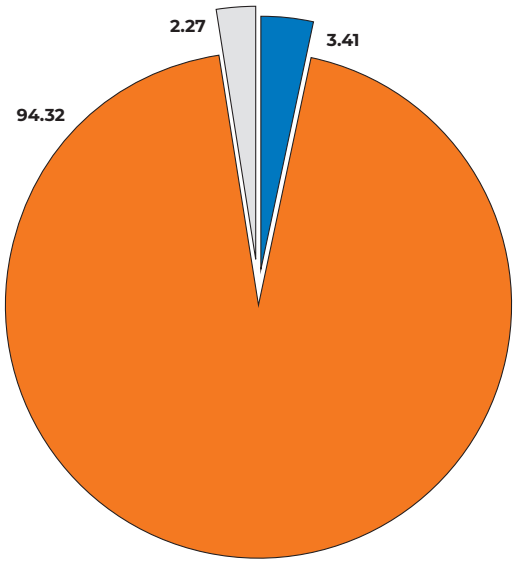


▸ **Figura N° 19.** *Uso de MAC (primera relación sexual, últimos 6 meses, última relación sexual)*

N=167

Alguna vez no utilizó

Siempre utilizó



▸ **Figura N° 18.** *Recibió información de uso de MAC (%)*

N=165. * menos de 5 casos (2,27%)

No estas segura/o

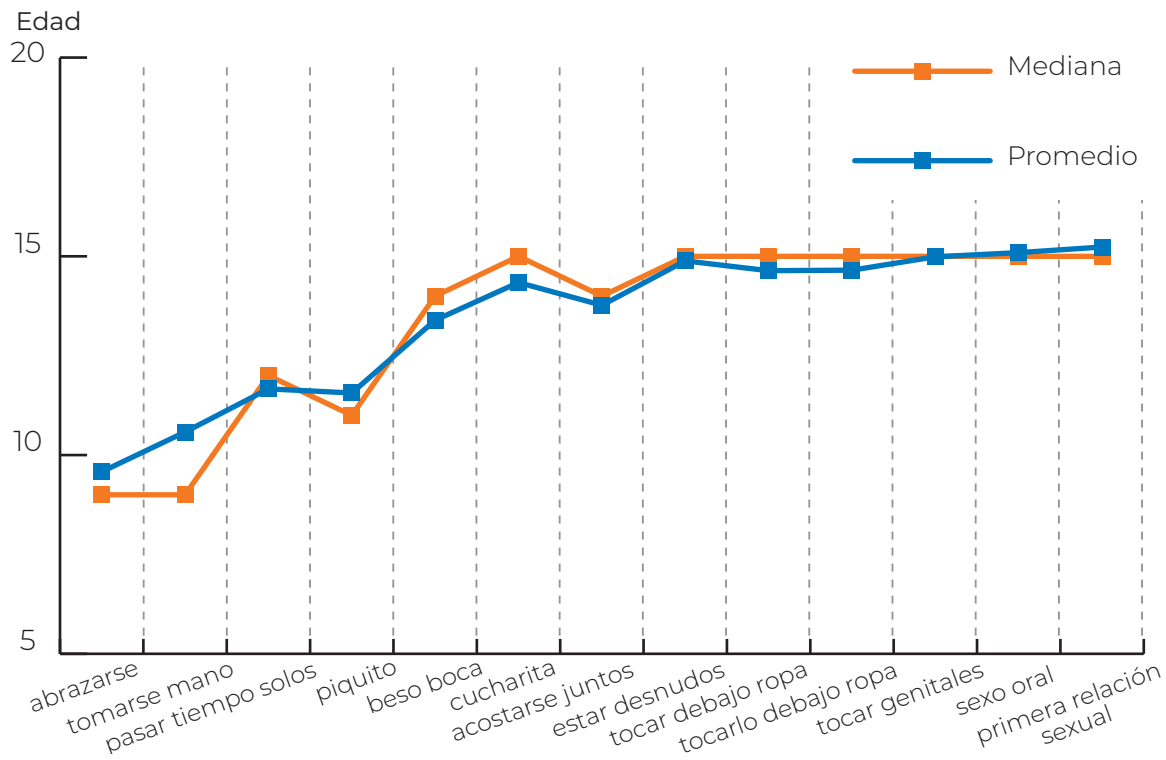
Sí

No

▸ **Tabla N° 3.** *Comportamientos afectivo-sexuales: estadísticos descriptivos*

	N	promedio	mediana	St.Dev	Casos pérdidos / Total
abrazarse	271	9,579	9	1,28	100/371
tomarse mano	259	10,579	9	2,00	112/371
pasar tiempo solos	284	11,665	12	2,43	87/371
piquito	283	11,562	11	2,28	88/371
beso boca	252	13,393	14	1,89	119/371
cucharita	205	14,341	15	2,20	166/371
acostarse juntos	238	13,769	14	2,36	133/371
estar desnudos	157	14,885	15	2,05	214/371
tocar debajo ropa	188	14,638	15	2,06	183/371
tocarlo debajo ropa	184	14,652	15	2,04	187/371
tocar genitales	168	14,988	15	1,77	203/371
sexo oral	129	15,093	15	1,63	242/371
primera relación sexual	154	15,234	15	1,60	217*/371

*No han tenido su primera relación sexual



▸ **Figura N° 20.** *Trayectorias de progresiones afectivo-sexuales típicas (media y mediana)*
**No han tenido su primera relación sexual genital*

gráfica permite visualizar "saltos" o "escalones", la matriz de correlaciones otorga una medida del grado de asociación lineal de las edades a las que aparece cada comportamiento en las trayectorias de los adolescentes, además de la "fuerza" y el "sentido" de dicha variabilidad común.

En su conjunto, el análisis exploratorio permitió identificar algunos elementos iniciales para el análisis.

En primer lugar, el comportamiento "abrazarse" presenta una correlación "baja" o "muy baja" incluso con comportamientos extremos del polo afectivo ("tomarse de la mano", "pasar tiempo solos", o "piquito"), e incluso "muy baja" e inversa con los comportamientos de transición a la actividad sexual. Además, no presentó correlaciones bivariadas significativas (95% de confianza) para los comportamientos de mayor contenido sexual. En tal sentido, dicho comportamiento podría ser

▸ **Tabla N° 4.** *Matriz de correlaciones entre comportamientos afectivos sexuales*

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(1) abrazarse	1,0												
(2) tomarse_mano	0,322	1,0											
(3) pasar_tiempo_solos	0,202	0,66	1,0										
(4) piquito	0,172	0,275	0,336	1,0									
(5) beso_boca	0,04	0,227	0,317	0,533	1,0								
(6) cucharita	-0,102	0,168	0,175	0,226	0,606	1,0							
(7) acostarse_juntos	0,004	0,279	0,333	0,184	0,519	0,726	1,0						
(8) estar_desnudos	0,013	0,23	0,091	0,207	0,517	0,754	0,554	1,0					
(9) tocar_debajo_ropa	-0,084	0,141	0,184	0,192	0,464	0,675	0,713	0,705	1,0				
(10) tocarlo_debajo de la ropa	-0,108	0,165	0,223	0,175	0,42	0,643	0,706	0,709	0,963	1,0			
(11) tocar_genitales	-0,134	0,125	0,063	0,163	0,508	0,755	0,564	0,908	0,777	0,794	1,0		
(12) sexo_oral	-0,069	0,201	0,109	0,19	0,51	0,721	0,542	0,922	0,724	0,729	0,912	1,0	
(13) primera relacion sexual	-0,024	0,205	0,107	0,113	0,513	0,745	0,55	0,96	0,713	0,713	0,927	0,94	1,0

considerado como una primera aproximación física de contenido "afectivo", sin efectos significativos en el desarrollo de las trayectorias posteriores.

En segundo lugar, comportamientos como "pasar tiempo solos" y "tomarse de la mano" están altamente correlacionados pero presentan una baja correlación con los comportamientos inmediatamente siguientes en el gradiente de acercamiento físico (piquito, beso con lengua, acostarse juntos), lo que los coloca como comportamientos de transición pero de escaso contenido sexual.

En tercer lugar, "besarse en la boca" y hacer "cucharita" presentan una correlación entre alta y moderada; particularmente, este último comportamiento presenta niveles altos de correlación con la serie de comportamientos con un componente sexual más definido (estar desnudos, tocarse, tocar genitales, sexo oral y primera relación sexual genital).

Finalmente, "estar desnudos" presenta una correlación "muy alta" (0.91 a 0.96 o más de 90% de la varianza común) con comportamientos extremos del polo sexual del gradiente (tocar genitales, sexo oral y primera relación sexual). Así, y a modo de hipótesis exploratoria, dicho comportamiento podría ser considerado como un evento "crucial", o preámbulo de la primera relación sexual genital en la progresión de las trayectorias analizadas.

▸ **Tabla N° 5.** *Prueba de diferencia de medias: comportamientos afectivos-sexuales según sexo.*
*-'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 ',' 0.1*

	Grupo	Obs.	Promedio	Std. Dev.	95% Intervalo de Conf.		t	Pr(|T| > |t|)
abrazarse	hombre	109	9.743	1.468	9.464	10.022	1.731	0.0846
	mujer	162	9.469	1.132	9.293	9.645		
tomarse mano	hombre	113	10.522	1.973	10.154	10.89	-0.404	0.6868
	mujer	146	10.623	2.021	10.293	10.954		
pasar_ tiempo_solos	hombre	121	11.612	2.357	11.187	12.036	-0.322	0.7478
	mujer	163	11.706	2.487	11.321	12.09		
piquito	hombre	120	11.308	2.263	10.899	11.717	-1.612	0.1081
	mujer	163	11.748	2.275	11.397	12.1		
beso_boca	hombre	106	12.972	2.021	12.582	13.361	-3.061	0.0024**
	mujer	146	13.699	1.736	13.415	13.983		
cucharita	hombre	86	13.953	2.376	13.444	14.463	-2.167	0.0314*
	mujer	119	14.622	2.025	14.254	14.989		
acostarse_ juntos	hombre	101	13.772	2.31	13.316	14.228	0.019	0.9850
	mujer	137	13.766	2.405	13.36	14.173		
estar_ desnudos	hombre	73	14.425	2.368	13.872	14.977	-2.676	0.0083**
	mujer	84	15.286	1.64	14.93	15.642		
tocar_ debajo_ropa	hombre	86	14.14	2.286	13.649	14.63	-3.127	0.0020**
	mujer	102	15.059	1.74	14.717	15.401		
tocarlo_ debajo_ropa	hombre	86	14.198	2.243	13.717	14.679	-2.895	0.0043**
	mujer	98	15.051	1.749	14.7	15.402		
tocar_ genitales	hombre	80	14.713	1.995	14.269	15.156	-1.939	0.0542,
	mujer	88	15.239	1.509	14.919	15.558		
sexo_oral	hombre	63	14.889	1.841	14.425	15.353	-1.397	0.1648
	mujer	66	15.288	1.379	14.949	15.627		
penetración	hombre	72	15.125	1.719	14.721	15.529	-0.79	0.4310
	mujer	82	15.329	1.491	15.002	15.657		

Sin embargo, los análisis precedentes todavía no han considerado el componente de género que puedan tener estas trayectorias.

En tal sentido, el siguiente objetivo exploratorio consistió en rastrear diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres, testeando las diferencias entre las edades medias registradas para el conjunto de los comportamientos afectivo-sexuales relevados. De acuerdo con la interpretación estándar de la prueba T, la hipótesis alternativa (Ha: diff =0) supone la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las medias de edad a cada comportamiento entre varones y mujeres; mientras que la hipótesis nula (H0) supone que dichas diferencias son estadísticamente iguales de cero (Ho: diff = 0), considerando los niveles estándar ("***" 0,001 "**" 0,01 "*" 0,05 "." 0,1) utilizados en el estudio.

En la Tabla N° 5, se presentan los estadísticos de cada comportamiento acompañados del valor t y el resultado del test. En primer lugar, los resultados muestran que las edades promedio en que varones y mujeres se besan en la boca (0.0024**) o hacen "cucharita" (0.0314*) por primera vez, resultan significativas más tempranas para los varones (edad=12,972) respecto a las mujeres (edad=13,699). Posteriormente, comportamientos de contenido sexual más fuerte como "estar_desnudos" (0.0083**), "tocar_debajo_ropa" (0.0020**) o "tocarlo_debajo_ropa" (0.0043**) también presentan diferencias significativas que evidencian edades medias más tempranas para los varones respecto a las mujeres. Finalmente, y como comportamiento de alto contenido sexual, "tocar los genitales" presentó una diferencia marginalmente significativa (0.0542,) consistente con la convergencia de las edades a la primera "primera relación sexual" encontrada en la población analizada.

En el mismo sentido, y para complementar esta hipótesis exploratoria la información fue organizada en cuatros fases hipotéticas siguiendo la lógica del gradiente afectivo-sexual, y sus diferencias retesteadas utilizando la misma prueba T:

- Fase de orientación afectiva
- Fase de transición afectiva-sexual
- Fase sexualmente orientada
- Fase sexual-coital

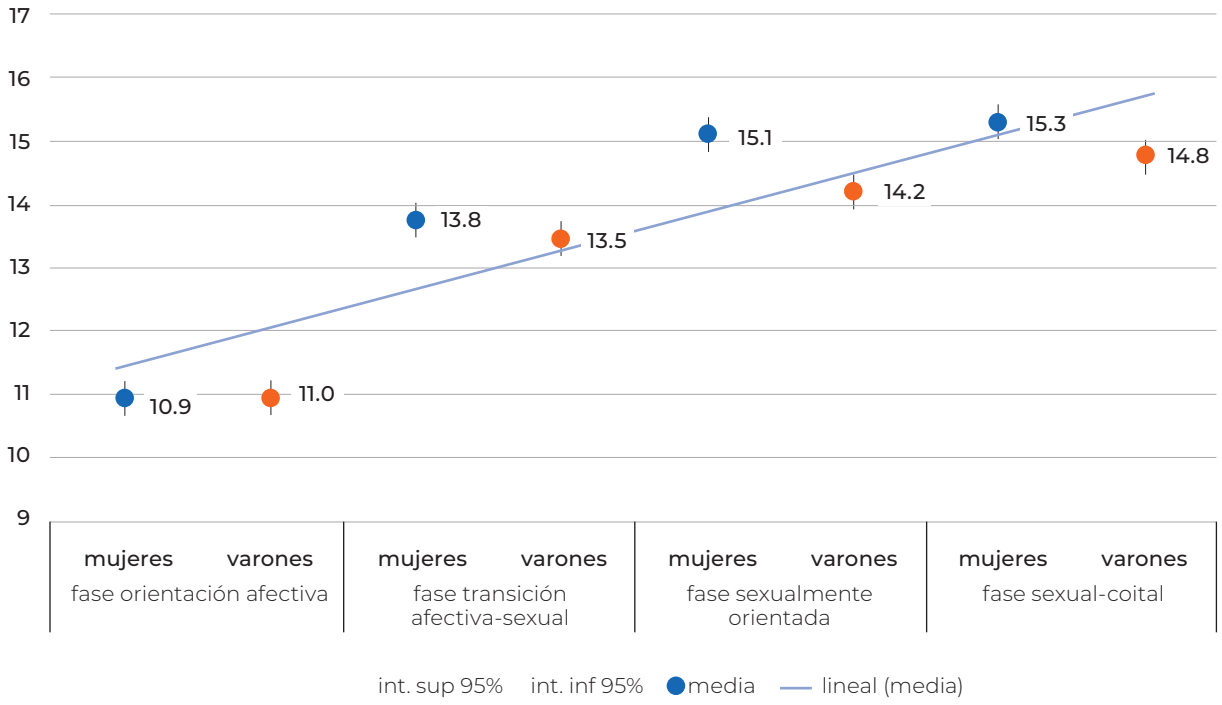
Como se muestra en la Tabla N° 6, el agrupamiento de los comportamientos individuales en fases permite observar que, nuevamente, la diferenciación de las trayectorias se concentra en la "fase sexualmente orientada" (0,0018**) que alcanza casi a un año de diferencia de varones y mujeres; y sólo marginalmente en la "fase sexual-coital" (0,0521). En la Figura N° 21, se ilustran las edades medias y los intervalos de confianza (95%) de cada etapa afectivo-sexual.

En suma, las pruebas muestran diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en algunos de los comportamientos clave que podrían representar puntos de "inflexión" entre el polo afectivo y el polo sexual; y aporta evidencia exploratoria que podría orientar el análisis más detallado de las diferencias en el calendario y la identificación de patrones de trayectorias afecti-

▸ **Tabla N° 6**. *Prueba de diferencia de medias: fases afectivos-sexuales según sexo.*
*'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1*

	Group	Obs	Mean	Std. Dev.	95% Conf. Interval		t	Pr(|T| > |t|)
fase orientación afectiva (1)	hombre	138	10,959	1,753	10,664	11,254	0,049	0,961
(abrazarse tomarse_mano pasar_tiempo_solos piquito)	mujer	188	10,949	1,713	10,703	11,196		
fase transición afectiva-sexual (2)	hombre	117	13,457	2,162	13,061	13,853	-1,252	0,212
(beso_boca cucharita acostarse_juntos)	mujer	165	13,768	1,969	13,465	14,070		
fase sexualmente orientada (3)	hombre	89	14,221	2,206	13,756	14,686	-3,157	0,0018**
(estar_desnudos tocar_debajo_ropa tocarlo_debajo_ ropa)	mujer	107	15,104	1,709	14,777	15,432		
fase sexual-coital (4)	hombre	92	14,817	1,839	14,436	15,198	-1,954	0,0521,
(tocar_genitales sexo_oral penetracion)	mujer	106	15,278	1,481	14,993	15,564		

▸ **Figura N° 21.** *Test de diferencia de medias de edad por fases según sexo*



vo-sexuales observados durante la adolescencia. Asimismo, este tipo de análisis permite ampliar la perspectiva enfocada exclusivamente en la primera relación sexual genital, y avanzar hacia un estudio más refinado que permita encontrar elementos de diferenciación teóricamente articulados con la evidencia disponible (hasta ahora muy escasa).

6.2 Toma de riesgos y planificación

En esta investigación se utilizaron varias medidas para relevar la toma de riesgos y la autorregulación en los/as adolescentes. En cuanto a la toma de riesgos, a continuación, se reportan los resultados de la tarea Stoplight con la variable "z_toma_de_riesgos". Esta variable se calcula la proporción de ensayos en los que el participante no frenó sobre el total de intersecciones. Luego, se calculó la puntuación z (estandarización de la variable para toda la muestra). Cuanto mayor es esta proporción, mayor es la propensión al riesgo del participante.

Por otro lado, la planificación, que es un componente de la autorregulación, se investigó utilizando la tarea Tower of London (Torre de Londres). A continuación, se detallan los resultados de dos medidas de planificación que pueden extraerse a partir de esta tarea. La primera es la variable "z_Ratio_planificación_resolución" que se calcula realizando la proporción del tiempo de reacción al primer movimiento en el tiempo de resolución de cada problema. Cuanto mayor es esta proporción, mayor es la planificación del participante. Además, se calcula la media de movimientos extra que realiza el participante y se reporta en la variable "z_planificación_media_movimientos_extra". Cuanto mayor es la media de movimientos extra, peor es la planificación del participante. Ambas variables se estandarizaron para la muestra a través del cálculo de los puntajes z.

El modelo 1 (Tabla N° 7) ajusta una regresión logística binomial que buscó identificar los efectos independientes de la capacidad de planificación estratégica (variable "z_Ratio_planificación_resolución" estandarizada) sobre las probabilidades de que los/as adolescentes ya hubieran tenido su primera relación sexual al momento del estudio.

En primer lugar, el modelo ajustó un efecto estadísticamente significativo y negativo de la variable "z_Ratio_planificación_resolución" (-4,968**), controlando por otros factores relevantes como el género, la edad, y el nivel socioeconómico del hogar. Dicho resultado indica que aquellos adolescentes que presentan mayor desarrollo en su capacidad de planificación estratégica presentan menores probabilidades de haber experimen-

▸ **Tabla N° 7.** *Modelo 1: ratio planificación e iniciación sexual*

Tuvo relaciones sexuales	Coef.	St. Err	z-value	p-value	Sig.
z_Ratio_planificación_resolución	-4.968	1.791	-2.77	0.006	**
género_mujer	0.057	0.258	0.22	0.826	
género_mujer:c.z_Ratio_planificación_resolución	0.471	0.291	1.62	0.105	
edad_ajust	0.665	0.089	7.48	0.000	***
c.z_Ratio_planificación_resolución~a	0.292	0.105	2.78	0.005	**
inse_medio	0.193	0.311	0.62	0.536	
inse_alto	-0.359	0.321	-1.12	0.263	
inse_medio:c.z_Ratio_planificación_resolución	-0.255	0.379	-0.67	0.500	
inse_alto:c.z_Ratio_planificación_resolución	-0.508	0.366	-1.39	0.165	
_cons	-11.034	1.471	-7.5	0.000	***

Pseudo r-squared
Chi-square
*'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1*

▸ **Tabla N° 8.** *Modelo 2: ratio planificación resolución e iniciación sexual antes de la edad 15 años*

Inicio sexual antes de los 15 años	Coef.	St.Err	z-value	p-value	Sig.
z_Ratio_planificación_resolución	-0.581	0.224	-2.59	0.010	*
1b,género	0.000		.	.	.
2,género	-0.610	0,355	-1,72	0,086	.
1b,inse	0.000	.	.	.	.
2,inse	-0,600	0,426	-1,41	0,159	
3,inse	-0,744	0,450	-1,65	0,098	
_cons	0.082	0.375	0.22	0.826	

Pseudo r-squared 0.066 Number of obs 159
Chi-square 13.476 Prob > chi2 0.009
*'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1*

▸ **Tabla N° 9.** *Modelo 3: toma de riesgos y número parejas sexuales anualizada*

numero parejas sexuales anualizada-l	Coef.	St.Err	t-value	p-value	Sig.
z_toma_de_riesgos	2.659	1.23	2.16	0.032	*
genero_mujer	-0.216	0.186	-1.16	0.248	
género_mujer:c.z_toma_de_riesgos	0.111	0.197	0.56	0.575	
edad_ajust	-0.221	0.063	-3.5	0.001	**
c.z_toma_de_riesgos#c.~t	-0.141	0.073	-1.95	0.054	*
inse_alto	-0.237	0.244	-0.97	0.333	
inse_medio:c.z_toma_de_riesgos	-0.435	0.265	-1.64	0.103	*
inse_alto:c.z_toma_de_riesgos	-0.21	0.276	-0.76	0.449	
_cons	5.71	1.094	5.22	0.000	***

R-squared 0.153 Number of obs. 137
F-test 2.553 Prob > F 0.01
*'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1*

tado su iniciación sexual. Contrariamente, el modelo indica otros resultados esperados como los efectos positivos y significativos de la edad (0,665***) y de su interacción la capacidad de planificación (0,292**) sobre las probabilidades de haberse iniciado sexualmente. Cabe destacar que el modelo presenta un ajuste significativo respecto al modelo nulo (Chi-square 87,911 Prob > chi2=0,000), y un nivel de bondad de ajuste relativamente elevado para este tipo de modelos (Pseudo r-squared=0,18).

Los resultados expresados por el modelo 1 resultaron los esperados en tanto las probabilidades de no haber experimentado la iniciación sexual al momento del estudio, se reducen exponencialmente cuando los/as adolescentes analizados se aproximan al límite superior de edades analizadas (19 y 20 años).

Por ende, y para enfocarnos en las hipótesis que relacionan las variables psicológicas de interés con el "la edad de la iniciación sexual"; en el modelo 2 se ajustó el efecto de la variable de planificación estratégica sobre las probabilidades de presentar una iniciación sexual "temprana" (variable "rci_2"), definido a edades por debajo de los 15 años cumplidos (promedio 15,2439 / std. desv. 1,566998). Como se observa, el modelo 2 (Tabla N° 8) indica que la variable "z_Ratio_planificación_resolución" mantiene su efecto significativo y negativo, aunque esta vez sobre las probabilidades de iniciarse sexualmente antes de los 15 años cumplidos.

En este caso, el resto de las variables de control utilizadas no mostraron efectos significativos a un nivel de significación estadística estándar (p<0,05). Cabe señalar que el modelo 2 presenta un ajuste adecuado respecto al modelo nulo (Chi-square 13,476 Prob > chi2=0,009), y un nivel de bondad de ajuste relativamente bajo (Pseudo r-squared=0,066).

En el modelo 3 (Tabla N° 9) se ajustó el efecto de la toma de riesgos sobre la cantidad de parejas de los adolescentes que ya habían tenido su primera relación sexual (variable "cantidad_parejas_sexuales_anual"). Como se comentó en el apartado de variables, la variable cantidad de parejas anualizada expresa una ratio entre el total de parejas y cantidad de años de actividad sexual (de 0,25 a 6), que resulta adecuado para resumir la variabilidad en los parámetros de la edad de inicio y edad actual al participar en el estudio. Como se observa, el modelo muestra un efecto positivo y estadísticamente significativo del indicador de toma de riesgos sobre la cantidad de parejas anualizada (2,659*), independiente del género, la edad y el nivel socioeconómico de los adolescentes analizados.

El modelo 4 (Tabla N° 10) muestra los resultados del ajuste del modelo de regresión poisson, utilizado para estimar el efecto del indicador de toma de riesgos sobre la cuenta (o cantidad discreta) de parejas sexuales declaradas (promedio 3,12 parejas sexuales). Una vez más, el modelo estima un efecto positivo y significativo por unidad adicional estandarizada de la variable " z_toma_de_riesgos" (1,171*), siempre controlando por los demás factores sociodemográficos incluidos en el modelo. La interacción entre edad y el indicador de toma de riesgos presentó un efecto negativo (-0,063·) que resultó marginalmente significativo (p-value0,056), lo que sugiere el efecto decreciente de la variable psicológica de interés, a medida que los/as adolescentes se ubican al límite superior de edad. Cabe señalar, que dicho hallazgo se ajusta adecuadamente al pronóstico de "cierre de la brecha" sugerido por la perspectiva de sistemas duales(Shulman et al., 2016).

En el modelo 5 (Tabla N° 11) se utilizó una regresión poisson que permitió ajustar el efecto de la planificación estratégica sobre la cantidad de parejas sexuales controlando por edad, género y nivel socioeconómico de los/as adolescentes. Como se observa, el resultado sugiere un significativo efecto de reducción del número de parejas sexuales por unidad estándar adicional de la variable de interés. Esto indica que, en la medida que aumenta la proporción del tiempo de reacción al primer movimiento en el total de tiempo utilizado para resolver la tarea Torre de Londres, disminuye significativamente la cantidad de parejas sexuales totales declaradas.

En el modelo 6 (Tabla N° 12) se ajustó una regresión logística binomial que permitiera explorar el efecto de la variable toma de riesgos estandarizada, sobre la probabilidad de no haber utilizado condón en la última relación sexual. Como puede observarse, tanto el aumento en la toma de riesgos como el incremento de la edad, presentaron un efecto positivo sobre las chances de no haber utilizado condón, aunque ambos casos los resultados fueron apenas marginalmente significativos. Contrariamente, el hecho

▸ **Tabla N° 10.** *Modelo 4: toma de riesgos y cantidad parejas sexuales*

cantidad_parejas_sexuales	Coef.	St.Err	t-value	p-value	Sig.
z_toma_de_riesgos	1.171	0.571	2.05	0.04	*
género_mujer	-0.168	0.091	-1.85	0.065	.
género_mujer:c.z_toma_de_riesgos	0.035	0.094	0.37	0.713	
edad_ajust	0.032	0.03	1.08	0.282	
c.z_ toma_de_riesgos #c.~t	-0.063	0.033	-1.91	0.056	.
inse_medio	-0.125	0.112	-1.11	0.266	
inse_alto	-0.093	0.117	-0.79	0.428	
inse_medio:c.z_toma_de_riesgos	-0.111	0.122	-0.91	0.365	
inse_alto:c.z_toma_de_riesgos	-0.075	0.124	-0.61	0.542	
_cons	0.737	0.524	1.41	0.159	

Pseudo r-squared *0.017* *Number of obs.* *161*
Chi-square *10.971* *Prob > chi2* *0.278*
'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1

▸ **Tabla N° 11.** *Modelo 5: ratio planificación resolución y cantidad parejas sexuales*

cantidad_parejas_sexuales	Coef.	St.Err	z-value	p-value	Sig.
z_Ratio_planificación_resolución	-0.131	0.053	-2.46	0.014	*
edad_ajust	0.071	0.03	2.36	0.018	*
género_mujer	-0.174	0.09	-1.93	0.053	.
inse_medio	-0.146	0.111	-1.31	0.189	
inse_alto	-0.078	0.115	-0.68	0.499	
_cons	0.074	0.523	0.14	0.888	

Pseudo r-squared *0.02* *Number of obs.* *162*
Chi-square *13.242* *Prob > chi2* *0.021*
'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1

▸ **Tabla N° 12.** *Modelo 6: toma de riesgos y no uso de condón en la última relación sexual*

No uso de condón en última relación sexual	Coef.	St.Err	z-value	p-value	Sig.
z_toma_de_riesgos	0.367	0.193	1.9	0.057	.
edad_ajust	0.207	0.123	1.68	0.093	.
género_mujer	1.587	0.398	3.99	0.000	***
inse_medio	-0.328	0.441	-0.75	0.456	
inse_alto	-0.48	0.463	-1.04	0.300	
_cons	-4.968	2.184	-2.27	0.023	*

Pseudo r-squared *0.107* *Number of obs.* *161*
Chi-square *22.041* *Prob > chi2* *0.001*
'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1

▸ **Tabla N° 13.** *Modelo 7: planificación media movimientos extra y uso inefectivo de MAC en primera relación sexual*

uso inefectivo de MAC en primera relación sexual	Coef.	St.Err	t-value	p-value	Sig.
z_planificación_media_movimientos_extra	5.043	1.281	3.94	0.000	***
edad_ajust	0.275	1.026	0.27	0.789	
género_mujer	3.982	3.17	1.26	0.211	
inse_medio	-8.407	3.968	-2.12	0.036	*
inse_alto	-2.379	4.103	-0.58	0.563	
_cons	15.795	17.767	0.89	0.375	

R-squared 0.121 Number of obs. 158
F-test 4.165 Prob > F 0.001
*'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1*

de ser mujer respecto a ser varón (categoría de comparación) ajustó resultados significativos y positivos sobre la probabilidad de no haberse cuidado con condón durante la última relación. Dicho resultado es consistente con otros estudios que han documentado, las barreras relativas que enfrentan las adolescentes para negociar el uso de preservativo por parte de sus parejas varones (MYSU, 2013).

Finalmente, el modelo 7 (Tabla N° 13) se estima el efecto de la planificación estratégica sobre una variable que resume el puntaje de inefectividad asociado al método anticonceptivo escogido en la primera relación sexual. En este caso, se utilizó un modelo de regresión lineal de la variable estandarizada "z_planificación_media_movimientos_extra", que recogió el promedio de movimiento extras requeridos a la hora de resolver la tarea Torre de Londres, sobre el puntaje de inefectividad asociado al método utilizado: un mayor puntaje en la variable "uso inefectivo de MAC en primera relación sexual" indica la utilización de un método menos efectivo al momento de esa primera relación. Cabe recordar que dicho puntaje varía entre 0,1 y 85, siendo el mínimo el valor que refleja la utilización de un implante anticonceptivo subdérmico como el método de mayor eficacia, y el máximo la situación de "No utilizó" ningún método (promedio=19 y std=20,28).

Como se observa en la tabla modelo 7, éste presenta una buena bondad de ajuste general (R-squared = 0,12), y el efecto positivo de la variable psicológica sobre la ineficacia en el uso de métodos anticonceptivos: por cada movida adicional promedio requerida para resolver la tarea de planificación, se observó un aumento significativo de 5 puntos promedio en el puntaje de inefectividad. Adicionalmente, se observa que

▸ **Tabla N° 14.** *Modelo 8: subescala CFC-Inmediatez y más de una pareja sexual en los últimos tres meses*

Más de una pareja en los últimos tres meses	Coef.	St.Err	z-value	p-value	Sig.
CFC_inmediatez	0.49956	0.14896	3.354	0.001	***
género_mujer	-0.46689	0.3595	-1.299	0.194	
inse_medio	0.40582	0.45179	0.898	0.369	
inse_alto	0.57067	0.47305	1.206	0.228	
edad_ajust	-0.08227	0.11567	-0.711	0.477	
_cons	-1.47547	2.15884	-0.683	0.494	

Pseudo r-squared 0.08 Number of obs 166
Chi-square 53.78 Prob > chi2 0
*'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 ',' 0,1*

▸ **Tabla N° 15.** *Modelo 9: subescala CFC-Inmediatez y cantidad de parejas sexuales en los últimos tres meses*

Cantidad de parejas sexuales en los últimos tres meses	Coef.	St.Err	z-value	p-value	Sig.
CFC-inmediatez	1.54454	0.49526	3.119	0.002	**
género_mujer	-1.48384	0.44304	-3.349	0.001	***
inse_medio	1.05975	0.59964	1.767	0.077	.
inse_alto	1.33217	0.59611	2.235	0.025	*
edad_ajust	0.28926	0.13309	2.173	0.030	*
CFC-inmediatez:inse_medio	-0.25044	0.1385	-1.808	0.071	.
CFC-Inmediatez:inse_alto	-0.25027	0.13867	-1.805	0.071	.
CFC-inmediatez:edad_ajust	-0.07362	0.02955	-2.491	0.013	*
CFC-inmediatez:genero_mujer	0.28445	0.10753	2.645	0.008	**
_cons	-5.78257	2.28808	-2.527	0.012	*

Pseudo r-squared 0.08 Number of obs 166
Chi-square 53.78 Prob > chi2 0
*'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 ',' 0,1*

los y las adolescentes pertenecientes a hogares pertenecientes al estrato socioeconómico "medio", ajustaron un coeficiente significativo que indica la existencia de una correlación negativa entre ineficacia y un mayor nivel socioeconómico.

6.3 Consecuencias a futuro de las decisiones

En este apartado se presentan los resultados de la escala de consideración de las consecuencias futuras. Esta escala cuenta con dos subescalas: CFC-Inmediatez, los puntajes relevados en esta escala implican una mayor preferencia por la satisfacción inmediata en lugar de considerar las consecuencias a futuro. La subescala CFC-Futuro, los puntajes relevados en esta subescala se asocian a una mayor preferencia por los resultados a largo plazo, y la postergación la satisfacción inmediata.

El modelo 8 (Tabla N° 14) ajusta una regresión logística binomial que buscó identificar los efectos independientes de la subescala "inmediatez" de la Escala Consecuencias a Futuro de las acciones / decisiones. Esta subescala refiere a la preferencia por las consecuencias inmediatas de las acciones (Vásquez Echeverría et al., 2017) sobre las probabilidades de que los/as adolescentes hayan tenido más de una pareja sexual en los últimos tres meses.

En primer lugar, el modelo ajustó un efecto estadísticamente significativo y positivo de la variable

▸ **Tabla N° 16**. *Modelo 10: subescala CFC-Futuro y cantidad de parejas sexuales*

Cantidad de parejas sexuales total	Coef.	St.Err	z-value	p-value	Sig.
CFC_futuro	-0.10212	0.04314	-2.367	0.018	*
género_mujer	-0.18158	0.08911	-2.038	0.042	*
inse_medio	-0.12622	0.10837	-1.165	0.244	
inse_alto	-0.09676	0.1135	-0.852	0.394	
edad_ajust	0.04245	0.02848	1.49	0.136	
_cons	1.04901	0.53141	1.974	0.048	*

Pseudo r-squared 0.02 Number of obs 166
Chi-square 12.1 Prob > chi2 0.03
*'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1*

▸ **Tabla N° 17.** *Modelo 11: subescala CFC-Inmediatez y cantidad de parejas sexuales*

Cantidad de parejas sexuales total	Coef.	St.Err	z-value	p-value	Sig.
CFC_inmediatez	0.0686	0.03489	1.966	0.049	*
género_mujer	-0.1534	0.08893	-1.725	0.085	.
inse_medio	-0.10352	0.10827	-0.956	0.339	
inse_alto	-0.08571	0.11355	-0.755	0.450	
edad_ajust	0.04849	0.02854	1.699	0.089	.
_cons	0.20003	0.53176	0.376	0.707	

Pseudo r-squared 0.02 Number of obs 166
Chi-square 10.42 Prob > chi2 0.06
*'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1*

"CFC_inmediatez" (0,49956 ***), controlando por otros factores relevantes como el sexo/género, la edad, y el nivel socioeconómico del hogar. Dicho resultado indica que aquellos adolescentes que presentan mayor preferencia por las consecuencias inmediatas de las acciones presentan mayores probabilidades de haber tenido más de una pareja sexual en los últimos tres meses.

En esta misma línea, el modelo 9 (Tabla N° 15) muestra los resultados del ajuste del modelo de regresión poisson utilizado para estimar el efecto a subescala inmediatez sobre la cuenta (o cantidad discreta) de parejas sexuales declaradas en los últimos tres meses. Una vez más, el modelo estima un efecto positivo y significativo por unidad adicional de la variable "CFC_inmediatez" (1,54454 **), siempre controlando por los demás factores sociodemográficos incluidos en el modelo.

El modelo 10 (Tabla N° 16) muestra los resultados del ajuste de un modelo de regresión de poisson utilizado para estimar el efecto de la subescala "futuro" de la Escala de Consecuencias a Futuro de las acciones/decisiones. Dicho modelo estima el efecto de las preferencia por las consecuencias inmediatas sobre las probabilidade (Vásquez Echeverría et al., 2017) sobre la cuenta (o cantidad discreta) de parejas sexuales declaradas en toda la vida del/la adolescente. Este modelo estima un efecto significativo y negativo de la variable "CFC_futuro" (-0,10212*), controlando por las variables sociodemográficas incluidas en el modelo.

Por el contrario, en el modelo 11 (Tabla N° 17) (regresión de poisson) se encuentra en efecto significativo y positivo de la subescala inmediatez (0,06860*) sobre la sobre la cuenta (o cantidad discreta) de parejas sexuales declaradas en toda la vida de los y las adolescentes.

▸ **Tabla N° 18.** *Modelo 12: subescala CFC-Inmediatez y ratio parejas/años de actividad*

Cantidad de parejas sexuales total	Coef.	St.Err	z-value	p-value	Sig.
CFC_inmediatez	0.0686	0.03489	1.966	0.049	*
género_mujer	-0.1534	0.08893	-1.725	0.085	.
inse_medio	-0.10352	0.10827	-0.956	0.339	
inse_alto	-0.08571	0.11355	-0.755	0.450	
edad_ajust	0.04849	0.02854	1.699	0.089	.
_cons	0.20003	0.53176	0.376	0.707	

Pseudo r-squared 0.02 Number of obs 166
Chi-square 10.42 Prob > chi2 0.06
*'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1*

▸ **Tabla N° 19.** *Modelo 13: subescala CFC-Futuro y consumo de alcohol en la última relación sexual*

Consumo de alcohol en la última relación sexual	Coef.	St.Err	z-value	p-value	Sig.
CFC_futuro	-0.4739	0.2274	-2.084	0.037	*
género_mujer	-0.5753	0.4618	-1.246	0.213	
inse_medio	-0.9303	0.6433	-1.446	0.148	
inse_alto	0.5496	0.5389	1.02	0.308	
edad_ajust	0.2575	0.1499	1.718	0.086	.
_cons	-3.6882	2.7485	-1.342	0.180	

Pseudo r-squared 0.11 Number of obs 166
Chi-square 15.9 Prob > chi2 0.01
*'***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1*

En este sentido, se ajustó un modelo (modelo 12 en Tabla N° 18) de regresión lineal de la variable "CFC_inmediatez" para el número parejas sexuales anualizada (ratio del número de parejas sobre los años de actividad sexual). Este modelo arrojó un efecto positivo y significativo de la subescala inmediatez (0.19645*) sobre la ratio de parejas sexuales/años de actividad.

En el modelo 13 se ajustó una regresión logística binomial que buscó identificar los efectos independientes de la subescala futuro sobre la probabilidad de haber consumido alcohol en la última relación sexual. Se observó un efecto significativo y negativo (-0,4739*) de la variable "CFC_futuro" en la probabilidad de haber consumido alcohol en la última relación sexual.

6.4 Actitudes y toma de decisión frente a un embarazo hipotético

El estudio tuvo entre sus objetivos analizar las actitudes negativas y positivas hacia la maternidad y el aborto y su peso en la decisión de continuar o interrumpir un embarazo ante una situación de embarazo hipotético. Se partió de la hipótesis que a mayor valoración de la maternidad mayor probabilidad de decidir por la continuación del embarazo frente a la opción de interrumpirlo. Asimismo, a mayor correlación entre actitudes positivas sobre continuación del embarazo y negativas sobre su interrupción, mayor probabilidad de continuar el embarazo versus su interrupción (y viceversa, a mayor correlación de actitudes negativas hacia la continuación del embarazo y positivas hacia su interrupción, mayor probabilidad de interrumpir versus continuar).

El cuestionario utilizado que se presenta en la Figura N° 22 y fue elaborado en base a instrumentos aplicados en estudios realizados en Italia y Reino Unido (Lohan, 2015; Lohan et al., 2018, 2011; Olivari et al., 2015).

Las opciones de respuesta para la pregunta: ¿Qué harías si mañana te enterás que vas a tener un hijo? Fueron las siguientes:

- 1-Estoy seguro/a que SÍ continuaría con el embarazo
- 2-Estoy seguro/a que NO continuaría con el embarazo
- 3-Tendría muchas dudas sobre continuar con el embarazo por falta de recursos económicos para criar un hijo
- 4-Tendría muchas dudas sobre continuar con el embarazo porque debería dejar de estudiar
- 5-Tendría muchas dudas sobre continuar con el embarazo porque debería empezar a trabajar
- 6-Tendría muchas dudas sobre continuar con el embarazo porque no me siento preparado/a para esa responsabilidad
- 99-No sé qué haría

Se exploró acerca de a quien/donde acudiría para consultar por la situación, indagando sobre servicio de salud, madre, padre o pareja.

A su vez para los ítems sobre actitudes frente a continuación de embarazo / interrupción se utilizó una Escala tipo Likert de 5 puntos (Totalmente de acuerdo / totalmente en desacuerdo).

▸ **Figura N° 22.** *Cuestionario sobre actitudes frente a maternidad y aborto y toma de decisión*
Fuente: Proyecto FACTCES 2019

Cuestionario 3

Embarazo hipotético

¿Qué harías si mañana te enterás de que vas a tener un hijo/a?

Asistiría a un Centro de Salud para consultar qué debo hacer

Consultaría con mi madre ○ Si ○ No ○ NSNC

Consultaría con mi padre ○ Si ○ No ○ NSNC

Consultaría con mi pareja ○ Si ○ No ○ NSNC

Decinos tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones acerca de realizar un aborto

Podría olvidarlo

Podría continuar yendo al liceo/UTU

Mi familia no se enojaría y nadie se enteraría

Podría evitar ser un padre/madre muy joven

Sería libre de cortar la relación con mi novio/pareja cuando quisiera

Ningún hijo/a mío/a tendría desventajas sociales respecto a otros niños

Siento que continuar con un embarazo es riesgoso para mi salud mental

Realizar un aborto sería riesgoso para mi salud física

Una parte de mi quisiera tener un bebé

Está moralmente mal

Podría cambiar de idea después

Me arrepentiría por el resto de mi vida

Ahora por favor, decinos tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones acerca de continuar con un embarazo

La información fue resumida en 4 escalas actitudinales mediante el cálculo de un índice sumatorio simple de: a) índice de actitudes negativas respecto a la continuación del embarazo, b) índice de actitudes positivas respecto a la continuación del embarazo, c) índice de actitudes negativas respecto a la interrupción del embarazo y d) índice de actitudes positivas respecto a la continuación del embarazo. Para el cálculo de actitudes positivas se tomaron las menciones “Totalmente de acuerdo” y “De acuerdo” y para el cálculo de actitudes negativas, se tomaron las menciones “Totalmente en desacuerdo” y “En desacuerdo”.

Índice	Descripción	N°	Media	DStand	Min	Max
apa_score	Índice actitudes positivas hacia interrupción de embarazo	148	2,811	1,566	0	7
ana_score	Índice actitudes negativas hacia interrupción de embarazo	148	1,236	1,169	0	5
apce_score	Índice actitudes positvas continuación embarazo	148	2,155	1,783	0	6
ance_score	Índice actitudes negativas continuación embarazo	148	2,851	1,618	0	6

Frente a la pregunta ¿Qué harías si mañana te enterás que vas a tener un hijo?, los resultados agrupados en tres categorías, se presentan en la siguiente tabla.

▸ **Tabla N° 20.** *Decisión que tomaría frente a embarazo hipotético (3 categorías)*

Categorías	N	%	Cum.
SÍ Continuaría embarazo	38	24,68	24,68
NO Continuaría embarazo	35	22,73	47,40
Muchas dudas/no se	81	52,60	100,00
Total	154	100,00	

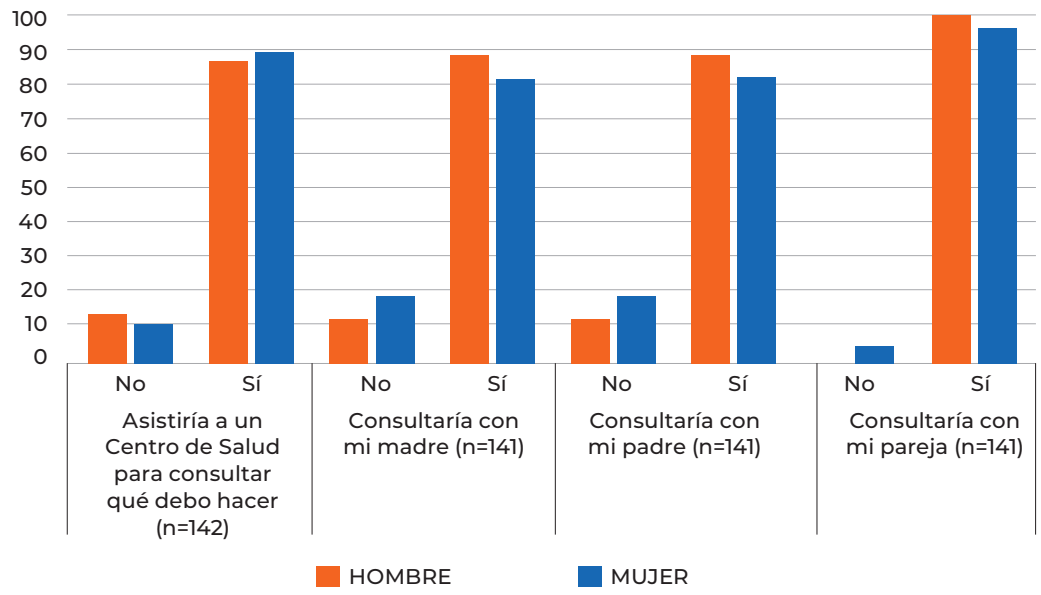
Como puede observarse menos de la mitad de los/as adolescentes tienen una postura definida sobre continuar (24,68%)o interrumpir (22,73%) el embarazo y la mayoría expresa dudas o no saber cuál decisión tomaría. Si observamos estos resultados en su distribución por sexo/género, las mujeres casi duplican a los varones en su decisión de interrumpir el embarazo (27,8%, mujeres; 14.49, varones). La opción "Muchas dudas / No sé" se presenta en mayor proporción en los varones (57,97%) en comparación con las mujeres (48%). La Tabla N° 21 muestra la distribución de las respuestas por sexo.

▸ **Tabla N° 21.** *Decisión que tomaría frente a embarazo hipotético, por sexo*

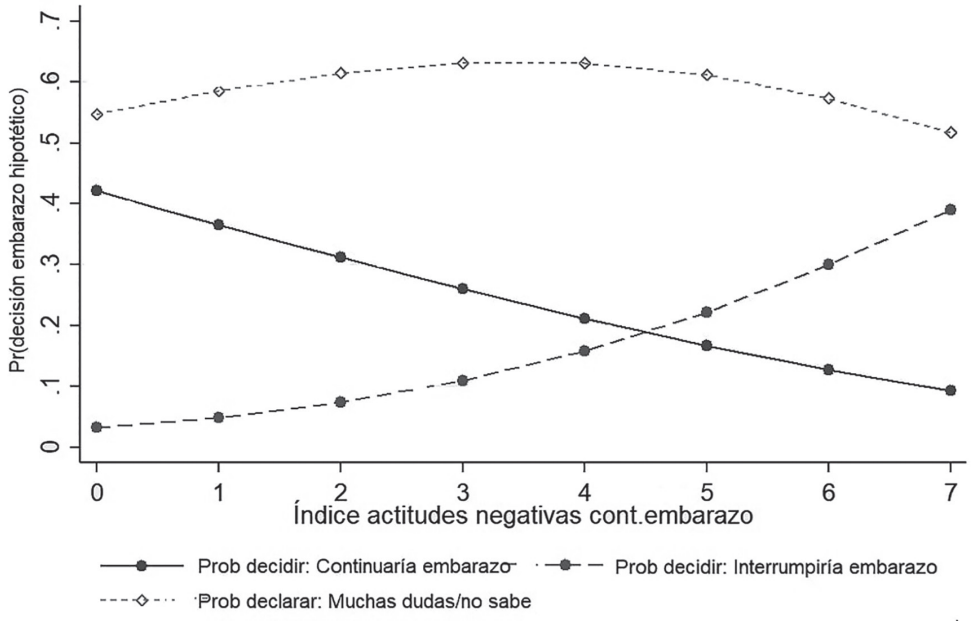
	hombre	mujer	Total
Sí continuaría embarazo	27,54	24,05	25,68
No continuaría embarazo	14,49	27,85	21,62
Muchas dudas/no sé	57,97	48,1	52,7
Total	100	100	100

Ante la pregunta de a quién/dónde consultaría, en su amplia mayoría lo harían en un servicio de salud siendo las mujeres quienes lo harían en mayor proporción que los varones. También consultarían con su madre o madre en proporciones elevadas y sin diferencias entre mujeres y varones. La consulta con la pareja es la que concentra la más amplia respuesta, con la totalidad de los varones y la casi totalidad de las mujeres. Los resultados son interesantes respecto al papel asignado en el proceso de la decisión tanto al servicio de salud (en un contexto de aborto legal como el uruguayo) como a la pareja. Estos resultados refieren a una situación hipotética o imaginada de embarazo y tienen diferencias con los obtenidos en un estudio sobre el papel de los servicios de salud en la decisión de abortar

▸ **Figura N° 23.** *A quien consultaría en caso de estar en situación de embarazo por sexo.*



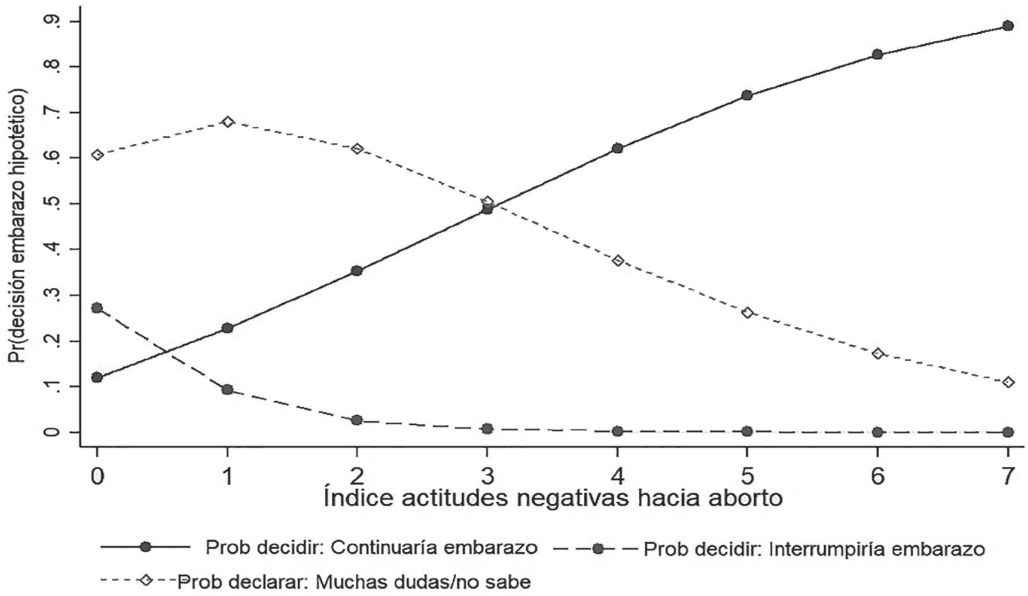
▸ **Figura N° 24.** *Actitudes negativas hacia continuar el embarazo y decisión final frente a embarazo hipotético.*



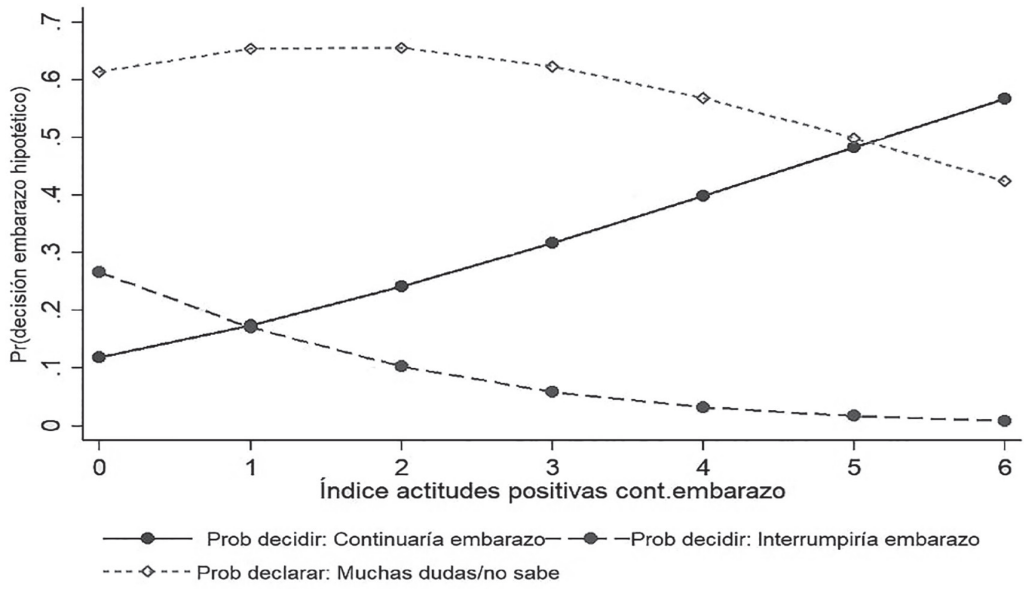
de las adolescentes uruguayas que vivieron la experiencia, es decir una situación real (Ituarte & López Gómez, 2019). Este estudio mostró que las adolescentes concurren al servicio de salud con la decisión ya tomada y que los recursos familiares de apoyo y en particular, la madre, juegan un papel relevante.

La casi totalidad de los/as adolescentes expresaron que compartirían la situación con su pareja, lo cual podría ser un indicio de los ideales y/o de transformaciones sociales en términos de género y co-responsabilidad reproductiva. Podría también dar cuenta de que los/as adolescentes reconocen que estas situaciones deberían ser consideradas como un acontecimiento que los involucra a ambos y no sólo a uno de ellos. Resultados similares fueron obtenidos en otros estudios recientes (Olivari et al., 2015). El siguiente gráfico presenta los resultados obtenidos en su distribución por sexo.

▸ **Figura N° 25.** *Actitudes negativas hacia aborto y decisión final frente a embarazo hipotético.*



▸ **Figura N° 26.** *Actitudes positivas hacia continuar el embarazo y decisión final frente a embarazo hipotético.*

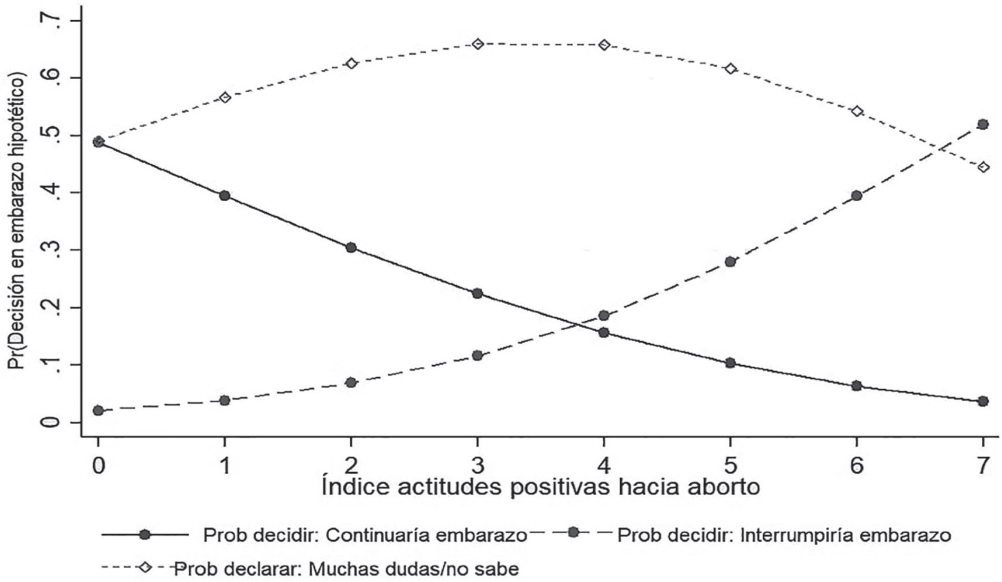


Los resultados sobre el peso de las actitudes subjetivas sobre continuar o interrumpir la decisión final frente a un embarazo hipotético se presentan en las siguientes figuras.

Las actitudes subjetivas parecerían tener peso en la decisión final que se adoptaría en caso de situación de embarazo. Las *actitudes negativas hacia la continuación del embarazo* tienen una asociación positiva con la opción "interrumpir el embarazo" más que con la opción "continuar el embarazo". Esto significa que los respondentes con alto score en el índice actitudes negativas hacia continuar el embarazo probablemente preferirían decidir por un aborto más que por tener un hijo/a. Asimismo, quienes tienen un alto score en *actitudes negativas hacia el aborto* probablemente preferirían tener el hijo/a antes que interrumpir el embarazo.

Las *actitudes negativas hacia continuar el embarazo* parecería no tener efectos en aquellos

▸ **Figura N° 27.** *Actitudes positivas al aborto y decisión final frente a embarazo hipotético.*



que manifestaron tener “muchas dudas / no saber” qué decisión final tomar. Mientras que *las actitudes negativas hacia el aborto* parecerían tener efectos de probabilidad de rechazo al aborto en aquellos que manifestaron “dudas o no saber” qué decisión final tomarían.

En suma, si bien los resultados obtenidos deben ser considerados con cautela, las actitudes subjetivas (positivas y negativas) hacia la continuación del embarazo versus su interrupción parecen influir en la decisión final. Los resultados merecen ser estudiados en mayor profundidad, si bien ofrecen insumos para los profesionales y equipos de salud que intervienen en la prevención de embarazo no intencional en adolescentes, así como aquellos que asisten adolescentes en situación de embarazo y que deben decidir qué curso de acción tomar.

CONCLUSIONES

La mayoría de los/as adolescentes se inició sexualmente a edad de 15 años cumplidos con una leve diferencia favorable a los varones. Nueve de cada 10 de estos adolescentes utilizó "condón o preservativo masculino" en la primera relación. Los/as adolescentes obtienen el método anticonceptivo en farmacia, en segundo lugar, en el servicio de salud y, en tercer lugar, en comercios no especializados, habiendo diferencias entre varones y mujeres. Aunque más de 9 de cada 10 adolescentes indicaron que recibieron información sobre uso de métodos anticonceptivos, casi uno de cada cinco declaró no haber usado método si se considera primera relación, últimos seis meses y última relación sexual. Los resultados sobre trayectorias afectivo-sexuales permiten ampliar la perspectiva enfocada exclusivamente en la primera relación sexual, y avanzar hacia un estudio más refinado de las trayectorias hacia la iniciación sexual, de la cual se dispone escasa evidencia hasta el momento.

Los/as adolescentes más "tomadores de riesgo" presentan mayores probabilidades de haber tenido relaciones sexuales y menos probabilidad de haber usado condón en la última relación sexual. Aquellos/as que planifican menos o "peor" presentan mayor probabilidad de iniciar tempranamente las relaciones sexuales (antes de los 15 años). Los/as adolescentes con mayor desarrollo en su capacidad de planificación estratégica tienen menor probabilidad de haber experimentado la iniciación sexual. La exposición a la toma de decisiones de riesgo tuvo un efecto positivo sobre la cantidad de parejas sexuales; mientras que la planificación estratégica tuvo un efecto contrario. Cuanto mayor es la preferencia de los/as adolescentes por las consecuencias inmediatas de sus acciones, mayor es la probabilidad de tener más de una pareja sexual en los últimos tres meses. Por otro lado, cuanto mayor es la preferencia por las consecuencias más distantes de sus acciones, menor es el número de parejas sexuales en el total de la vida sexual del/la adolescente. En cuanto al consumo de alcohol en la última relación sexual se observa que una mayor preferencia por las consecuencias más distantes disminuye la probabilidad de haber consumido alcohol en la última relación sexual.

Respecto a las decisiones frente a una situación de embarazo hipotético, los resultados muestran que las actitudes subjetivas sobre maternidad/paternidad y aborto tienen efectos importantes sobre la toma de la decisión de continuar o interrumpir el embarazo. Así, por ejemplo, los/as adolescentes con actitudes negativas hacia la continuación del embarazo, ante una situación hipotética tenderían a decidir interrumpirlo. Mientras que las actitudes negativas hacia el aborto, serían predictoras de una decisión de continuar el embarazo.

El estudio aporta evidencia sobre la relevancia de los factores cognitivos que afectan el comportamiento sexual y reproductivo, controlando nivel socioeconómico, sexo/género y otras variables clásicas de la desigualdad social. Se observa una consistencia general de los efectos de variables psicológicas del desarrollo sobre comportamientos que implican riesgos de salud. Desde una perspectiva multinivel y socio-ecológica, es necesario ampliar el análisis de la interacción de las variables psicológicas, los comportamientos sexuales y los aspectos sociodemográficos y socioeconómicos.

Finalmente, debemos señalar las limitaciones del estudio por su alcance, por el tamaño y características geográficas de la muestra y por los escasos antecedentes de estudios similares a nivel internacional.

DESAFÍOS PARA LA INVESTIGACIÓN SOBRE DECISIONES SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

A nivel teórico: mejorar las preguntas de investigación

Fortalecer la mirada interdisciplinaria en el estudio de la sexualidad. Ello requiere incorporar avances de las neurociencias al marco conceptual sobre derechos y decisiones sexuales y reproductivas que colabore en la comprensión y explicación de la toma de decisiones con foco en las personas.

Desarrollar el enfoque tríadico-integrado de la toma de riesgos y decisiones sexuales y reproductivas que incluya el estudio de emociones, cognición y contexto social (en los niveles: individual, familiar, institucional).

Revisar el concepto de riesgo en términos "negativos" para avanzar hacia un nuevo enfoque que incluya la toma de riesgos "positivos" (prosocial) en el desarrollo de la adolescencia.

Incorporar el análisis de las bases del "cerebro social" en la toma de decisiones sexuales y reproductivas, en particular el efecto de pares, madres y padres.

La sexualidad debe ser considerada un componente central de la salud y el bienestar de las personas durante el curso de vida, lo cual implica desarrollar una perspectiva de trayectorias afectivo-sexuales.

A nivel metodológico: mejorar diseños y datos

Ampliar la mirada científica del fenómeno de la sexualidad y generar nueva evidencia: describir mejor, ensayar nuevas hipótesis, intentar comprender y explicar el comportamiento sexual con relación al contexto.

Más estudios poblacionales sobre comportamientos sexuales y salud con perspectiva de curso de vida y trayectorias sexuales.

Más estudios experimentales: planificarlos, realizarlos y ajustarlos a las condiciones de complejidad de la toma de decisiones sexuales y reproductivas.

Incorporar nuevas tareas experimentales e instrumentos cualitativos y cuantitativos que permitan analizar distintas dimensiones específicas de la sexualidad con usos concretos en temas sensibles.

A nivel político-ético: conocimientoy políticas públicas

Generar evidencia "útil" y "utilizable" para el diseño de intervenciones que permitan mejorar el contexto de toma de decisiones y riesgos en salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

Amplio espectro de instituciones: familias (influencia de padres y madres), instituciones educativas, de salud, acceso a derechos sexuales y reproductivos.

Disponibilidad de experiencias inspiradoras a nivel internacional de intervención que permiten entrenar y desarrollar las habilidades de toma de decisiones en adolescentes. Más de 30 intervenciones reportan resultados en revistas arbitradas con datos precisos sobre viabilidad y efectividad a corto plazo. Es necesario conocerlas, discutirlas, adaptarlas, validarlas (o no), recrearlas.

REFERENCIAS

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2), 179–211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Albert, D., & Steinberg, L. (2011). Judgment and Decision Making in Adolescence. Journal of Research on Adolescence, 21(1), 211–224. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00724.x

Arnett, J. (1992). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. Developmental Review, 12(4), 339–373. https://doi.org/10.1016/0273-2297(92)90013-R

Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (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

Blakemore, S.-J., & Robbins, T. W. (2012). Decision-making in the adolescent brain. Nature Neuroscience, 15(9), 1184–1191. https://doi.org/10.1038/nn.3177

Blum, R. W., & Nelson-Mmari, K. (2004). The health of young people in a global context. Journal of Adolescent Health, 35(5), 402–418. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.10.007

Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The Adolescent Brain. Annals of the New York Academy of Sciences, 1124(1), 111–126. https://doi.org/10.1196/annals.1440.010

Cherry, A. L., & Dillon, M. E. (Eds.). (2014). International Handbook of Adolescent Pregnancy. Medical, Psychosocial, and Public Health Responses. Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-8026-7

Condon, J. T., Corkindale, C. J., Russell, A., & Quinlivan, J. A. (2006). Processes and Factors Underlying Adolescent Males' Attitudes and Decision-Making in Relation to an Unplanned Pregnancy. Journal of Youth and Adolescence, 35(3), 423–434. https://doi.org/10.1007/s10964-005-9025-2

Corkindale, C. J., Condon, J. T., Russell, A., & Quinlivan, J. A. (2009). Factors that adolescent males take into account in decisions about an unplanned pregnancy. Journal of Adolescence, 32(4), 995–1008. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.08.008

Correa, S., & Petchesky, R. (1994). Reproductive and sexual rights: A feminist perspective. In Culture, Society and Sexuality (pp. 314–332). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203966105-31

Crandall, A., Magnusson, B. M., Novilla, M. L. B., Novilla, L. K. B., & Dyer, W. J. (2017). Family Financial Stress and Adolescent Sexual Risk-Taking: The Role of Self-Regulation. Journal of Youth and Adolescence, 46(1), 45–62. https://doi.org/10.1007/s10964-016-0543-x

Crone, E. A., van Duijvenvoorde, A. C. K., & Peper, J. S. (2016). Annual Research Review: Neural contributions to risk-taking in adolescence - developmental changes and individual differences. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57(3), 353–368. https://doi.org/10.1111/jcpp.12502

Dishion, T. J. (2016). Social Influences on Executive Functions Development in Children and Adolescents: Steps Toward a Social Neuroscience of Predictive Adaptive Responses. Journal of Abnormal Child Psychology, 44(1), 57–61. https://doi.org/10.1007/s10802-015-0117-5

Duell, N., & Steinberg, L. (2019). Positive Risk Taking in Adolescence. Child Development Perspectives, 13(1), 48–52. https://doi.org/10.1111/cdep.12310

East, P. L., Khoo, S. T., & Reyes, B. T. (2006). Risk and Protective Factors Predictive of Adolescent Pregnancy: A Longitudinal, Prospective Study. Applied Developmental Science, 10(4), 188–199. https://doi.org/10.1207/s1532480xads1004_3

Fuhrmann, D., Knoll, L. J., & Blakemore, S.-J. (2015). Adolescence as a Sensitive Period of Brain Development. Trends in Cognitive Sciences, 19(10), 558–566. https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.008

Furby, L., & Beyth-Marom, R. (1992). Risk taking in adolescence: A decision-making perspective. Developmental Review, 12(1), 1–44. https://doi.org/10.1016/0273-2297(92)90002-J

Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference, and Risky Decision Making in Adolescence and Adulthood: An Experimental Study. Developmental Psychology, 41(4), 625–635. https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625

Godoy, J. C. (2017). Cerebro adolescente. In E. Arrieta (Ed.), Un libro sobre droga (pp. 54–63). Buenos Aires: El Gato y La Caja. Retrieved from https://elgatoylacaja.com.ar/sobredrogas/cerebro-adolescente/

Griffin, K. W., Scheier, L. M., Acevedo, B., Grenard, J. L., & Botvin, G. J. (2011). Long-Term Effects of Self-Control on Alcohol Use and Sexual Behavior among Urban Minority Young Women. International Journal of Environmental Research and Public Health, 9(12), 1–23. https://doi.org/10.3390/ijerph9010001

Hansen, W. B., Paskett, E. D., & Carter, L. J. (1999). The Adolescent Sexual Activity Index (ASAI): a standardized strategy for measuring interpersonal heterosexual behaviors among youth. Health Education Research, 14(4), 485–490. https://doi.org/10.1093/her/14.4.485

Harden, K. P., Kretsch, N., Mann, F. D., Herzhoff, K., Tackett, J. L., Steinberg, L., & Tucker-Drob, E. M. (2016). Beyond dual systems: A genetically-informed, latent factor model of behavioral and self-report measures related to adolescent risk-taking. Developmental Cognitive Neuroscience. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.12.007

Harden, K. P., Kretsch, N., Mann, F. D., Herzhoff, K., Tackett, J. L., Steinberg, L., & Tucker-Drob, E. M. (2017). Beyond dual systems: A genetically-informed, latent factor model of behavioral and self-report measures related to adolescent risk-taking. Developmental Cognitive Neuroscience, 25, 221–234. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.12.007

Ituarte, L., & López Gómez, A. (2019). Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. En Revisión. Cuadernos de Saude Publica.

Joireman, J., Balliet, D., Sprott, D., Spangenberg, E., & Schultz, J. (2008). Consideration of future consequences, ego-depletion, and self-control: Support for distinguishing between CFC-Immediate and CFC-Future sub-scales. Personality and Individual Differences, 45(1), 15–21. https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.02.011

Kahn, J., Kaplowitz, R., Goodman, E., & Emans, S. (2002). The association between impulsiveness and sexual risk behaviors in adolescent and young adult women*1. Journal of Adolescent Health, 30(4), 229–232. https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00391-3

Kapila, S., & Moher, R. (1995). Across disciplines: principles for interdisciplinary research. Ottawa.

Kaufmann, R. B., Morris, L., & Spitz, A. M. (1997). Comaparison of Two Question Sequences for Assessing Pregnancy Intentions. American Journal of Epidemiology, 145(9), 810–816. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009174

Khurana, A., Romer, D., Betancourt, L. M., Brodsky, N. L., Giannetta, J. M., & Hurt, H. (2012). Early adolescent sexual debut: The mediating role of working memory ability, sensation seeking, and impulsivity. Developmental Psychology, 48(5), 1416–1428. https://doi.org/10.1037/a0027491

Koffman, O. (2015). Fertile bodies, immature brains?: A genealogical critique of neuroscientific claims regarding the adolescent brain and of the global fight against adolescent motherhood. Social Science & Medicine, 143, 255–261. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.063

Kvaran, T., & Sanfey, A. G. (2010). Toward an Integrated Neuroscience of Morality: The Contribution of Neuroeconomics to Moral Cognition. Topics in Cognitive Science, 2(3), 579–595. https://doi.org/10.1111/j.1756-8765.2010.01086.x

Lohan, M. (2015). Advancing Research on Men and Reproduction. International Journal of Men's Health, 14(3). https://doi.org/10.3149/jmh.1403.214

Lohan, M., Aventin, Á., Clarke, M., Curran, R. M., McDowell, C., Agus, A., Young, H. (2018). Can Teenage Men Be Targeted to Prevent Teenage Pregnancy? A Feasibility Cluster Randomised Controlled Intervention Trial in Schools. Prevention Science, 19(8), 1079–1090. https://doi.org/10.1007/s11121-018-0928-z

Lohan, M., Cruise, S., O'Halloran, P., Alderdice, F., & Hyde, A. (2011). Adolescent men's attitudes and decision-making in relation to an unplanned pregnancy. Responses to an interactive video drama. Social Science & Medicine, 72(9), 1507–1514. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.044

López, E., & Mario, S. (2009). La fecundidad en la Argentina 1996-2006: convergencias y divergencias. Población, 2(4).

López Gómez, A. (2002). Empoderamiento: un concepto en construcción. In A. Briozzo & D. Rodriguez (Eds.), En las fronteras de la Escuela. La alfabetización a cielo abierto. El trabajo de la maestra comunitaria en contextos de pobreza urbana (pp. 105–113). Montevideo: El Abrojo.

López Gómez, A. (Ed.). (2005). Adolescencia y sexualidad. Prácticas, acciones y

discursos en Uruguay. Montevideo. Facultad de Psicología, UdelaR.

López Gómez, A. (2015). Adolescentes y sexualidad. (A. López Gómez, Ed.). Montevideo: UNFPA. Retrieved from https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adolescentes y sexualidad.pdf

López Gómez, A., Abracinskas, L., & Furtado, M. (2009). Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción. Serie Divulgación Cuaderno Del UNFPA, 3(4).

López Gómez, A., & Güida, C. (2001). Sexualidad, campo de investigación interdisciplinaria. In Araujo, Behares, & Sapriza (Eds.), Género y Sexualidad en Uruguay. Montevideo: Ed. Trilce - Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.

López Gómez, A., & López, P. (2016). Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género. Montevideo. Retrieved from https://www.opp.gub.uy/images/Género_con_foco_en_salud.pdf

López Gómez, A., & Varela, C. (2016). Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Montevideo: UNFPA; UdelaR.

Manlove, J., Ryan, S., & Franzetta, K. (2007). Contraceptive use patterns across teens' sexual relationships: the role of relationships, partners, and sexual histories. Demography, 44(3), 603–621. https://doi.org/10.1353/dem. 2007.0031.2007.0031

Manning, W. D., Longmore, M. A., & Giordano, P. C. (2000). The Relationship Context of Contraceptive Use at First Intercourse. Family Planning Perspectives, 32(3), 104. https://doi.org/10.2307/2648158

MYSU. (2013). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012 Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva de adolescentes uruguayas. Montevideo. Retrieved from https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/_2013a__informe_adolescentes

O'Donnell, L., O'Donnell, C. R., & Stueve, A. (2001). Early Sexual Initiation and Subsequent Sex-Related Risks among Urban Minority Youth: The Reach for Health Study. Family Planning Perspectives, 33(6), 268. https://doi.org/10.2307/3030194

Olivari, M. G., Ionio, C., Bonanomi, A., & Confalonieri, E. (2015). Female Adolescent Attitudes and Decision-Making Towards a Hypothetical Unplanned Pregnancy: An Exploratory Research. Journal of Child and Family Studies, 24(10), 2934–2943. https://doi.org/10.1007/s10826-014-0097-z

OMS. (2014). Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. WHO. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/

Paus, T. (2005). Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence. Trends in Cognitive Sciences, 9(2), 60–68. https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.008

Philipov, D., Thévenon, O., Klobas, J., Bernardi, L., & Liefbroer, A. C. (2009). Reproductive decision-making in a macro-micro perspective (REPRO): State-of-the-art review. Vienna.

Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 23(3), 201–220. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342006000300010&script=sci_abstract

Reyna, V. F., & Farley, F. (2006). Risk and Rationality in Adolescent Decision Making. Psychological Science in the Public Interest, 7(1), 1–44. https://doi.org/10.1111/j.1529-1006.2006.00026.x

Reynolds, B., Patak, M., Shroff, P., Penfold, R. B., Melanko, S., & Duhig, A. M. (2007). Laboratory and self-report assessments of impulsive behavior in adolescent daily smokers and nonsmokers. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 15(3), 264–271. https://doi.org/10.1037/1064-1297.15.3.264

Rodríguez Vignoli, J. (2008). Reproducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe:¿ una anomalía a escala mundial? In documento presentado al III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Córdoba.

Rodríguez Vignoli, J. (2014). Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización. In S. Cavenaghi & W. Cabella (Eds.), Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa (Serie de i, pp. 33–66). Rio de Janeiro: ALAP.

Rodríguez Vignoli, J. (2017). Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes. Notas de Población, (104).

Romer, D. (2010). Adolescent risk taking, impulsivity, and brain development: Implications for prevention. Developmental Psychobiology, n/a-n/a. https://doi.org/10.1002/dev.20442

Shulman, E. P., Smith, A. R., Silva, K., Icenogle, G., Duell, N., Chein, J., & Steinberg, L. (2016). The dual systems model: Review, reappraisal, and reaffirmation. Developmental Cognitive Neuroscience, 17, 103–117. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.12.010

Silva, K., Chein, J., & Steinberg, L. (2016). Adolescents in Peer Groups Make More Prudent Decisions When a Slightly Older Adult Is Present. Psychological Science, 27(3), 322–330. https://doi.org/10.1177/0956797615620379

Silvers, J. A., McRae, K., Gabrieli, J. D. E., Gross, J. J., Remy, K. A., & Ochsner, K. N. (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. Emotion, 12(6), 1235–1247. https://doi.org/10.1037/a0028297

Spierling, T., & Shreffler, K. M. (2018). Tough Decisions: Exploring Women's Decisions Following Unintended Pregnancies. Frontiers in Sociology, 3. https://doi.org/10.3389/fsoc.2018.00011

Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. Trends in Cognitive Sciences, 9(2), 69–74. https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005

Steinberg, L. (2007). Risk Taking in Adolescence. Current Directions in Psychological

Science, 16(2), 55–59. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00475.x

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

Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. Developmental Psychobiology, n/a-n/a. https://doi.org/10.1002/dev.20445

Steinberg, L., Graham, S., O'Brien, L., Woolard, J., Cauffman, E., & Banich, M. (2009). Age Differences in Future Orientation and Delay Discounting. Child Development, 80(1), 28–44. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01244.x

Steinberg, L., Icenogle, G., Shulman, E. P., Breiner, K., Chein, J., Bacchini, D., ... Takash, H. M. S. (2017). Around the world, adolescence is a time of heightened sensation seeking and immature self-regulation. Developmental Science, e12532. https://doi.org/10.1111/desc.12532

Telzer, E. H., Ichien, N. T., & Qu, Y. (2015). Mothers know best: redirecting adolescent reward sensitivity toward safe behavior during risk taking. Social Cognitive and Affective Neuroscience, 10(10), 1383–1391. https://doi.org/10.1093/scan/nsv026

Thaler, R. H. (2017). Behavioral Economics. Journal of Political Economy, 125(6), 1799–1805. https://doi.org/10.1086/694640

Tversky, A., & Kahneman, D. (1985). The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. In Environmental Impact Assessment, Technology Assessment, and Risk Analysis (pp. 107–129). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-70634-9_6

UNFPA. (2019). Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018. Tres estudios para su análisis. Montevideo.

UNICEF. (2017). The Adolescent Brain: A second window of opportunity. A compendium. (N. Balvin & P. Banati, Eds.). Office of Research – Innocenti.

van Duijvenvoorde, A. C. K., Jansen, B. R. J., Visser, I., & Huizenga, H. M. (2010). Affective and Cognitive Decision-Making in Adolescents. Developmental Neuropsychology, 35(5), 539–554. https://doi.org/10.1080/87565641.2010.494749

van Duijvenvoorde, A. C. K., Op de Macks, Z. A., Overgaauw, S., Gunther Moor, B., Dahl, R. E., & Crone, E. A. (2014). A cross-sectional and longitudinal analysis of reward-related brain activation: Effects of age, pubertal stage, and reward sensitivity. Brain and Cognition, 89, 3–14. https://doi.org/10.1016/j.bandc.2013.10.005

van Duijvenvoorde, A. C. K., Peters, S., Braams, B. R., & Crone, E. A. (2016). What motivates adolescents? Neural responses to rewards and their influence on adolescents' risk taking, learning, and cognitive control. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 70, 135–147. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.037

Varela Petito, C., Lara, C., & Tenenbaum, M. (2014). Fecundidad adolescente en el Uruguay: ¿la pobreza como umbral de resistencia al descenso. In S. Cavenaghi & W. Cabella (Eds.), Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa (Serie de i, pp. 185/206). Río de Janeiro: ALAP.

Vásquez-Echeverría, A., Esteves, C., Vilares Gomes, C., & Ortuño, V. E. C. (2015).

Portuguese Validation of the Consideration of Future Consequences Scale. The Spanish Journal of Psychology, 18, E7. https://doi.org/10.1017/sjp.2015.5

Vásquez Echeverría, A., Martín, A., Esteves, C., Ortuño, V. E. C., & Joireman, J. (2017). Adaptación y Validación Inicial al Castellano de la Escala de Consideración de las Consecuencias Futuras. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, (44).

Viner, R. M., Ross, D., Hardy, R., Kuh, D., Power, C., Johnson, A., ... Batty, G. D. (2015). Life course epidemiology: recognising the importance of adolescence. Journal of Epidemiology and Community Health, 69(8), 719–720. https://doi.org/10.1136/jech-2014-205300

White, H. R., & Johnson, V. (1988). Risk Taking as a Predictor of Adolescent Sexual Activity and Use of Contraception. Journal of Adolescent Research, 3(3–4), 317–331. https://doi.org/10.1177/074355488833007

Zabin, L. S., Astone, N. M., & Emerson, M. R. (1993). Do Adolescents Want Babies? The Relationship Between Attitudes and Behavior. Journal of Research on Adolescence, 3(1), 67–86. https://doi.org/10.1207/s15327795jra0301_4

Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

25 años 1994-2019

UNFPA
Fondo de Población
de las Naciones Unidas