



Guía para acompañar el acceso al aborto seguro de personas con capacidad de gestar en situaciones de alta vulnerabilidad

Grupo AAPAAS



Guía para acompañar el acceso al aborto seguro de personas con capacidad de gestar en situaciones de alta vulnerabilidad

Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro - CLACAI

© Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI)

Fundación Jacarandas

Secretaría Ejecutiva alojada en PROMSEX

Av. José Pardo 601, oficina 604, Miraflores, Lima - Perú

(511) 4478668

susana@promdsr.org

www.clacai.org

Autoras:

Andrea Berra

Rossina Guerrero

Versión revisada: Comité asesor

Edición: Marina Caporale

Diseño: Marcela Romero

Ilustración: Juliana López de Fundación Jacarandas

Agradecimientos a las y los integrantes del Comité Asesor que participaron en la revisión del documento y a Olivia Ortiz y Luciana Reck Barbara por su valiosos aportes a este documento.

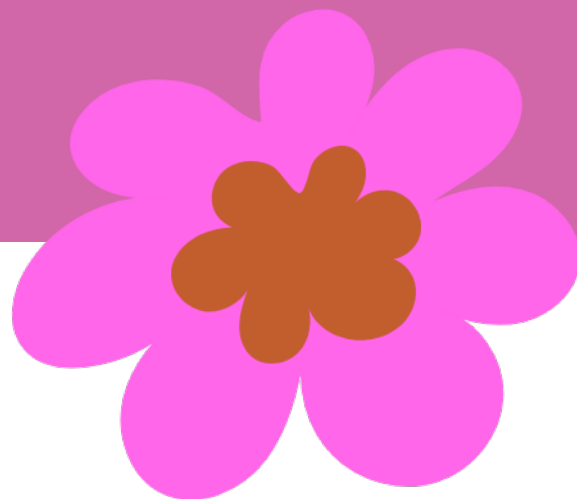
1a. edición – Agosto 2025

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: N° 2025-10035

Este documento se publica bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons - Atribución - No comercial - Sin Derivar 4.0 Internacional



CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO



Índice

Introducción	5
✱ Temática	5
✱ Motivación	6
✱ Objetivos	6
✱ Recursos	7
✱ Organización	7

1. Abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados 8

✱ 1.1. Definiciones y presentación de estudios que refieren la existencia de los abortos en tiempos gestacionales avanzados	9
✱ 1.2. Factores psicológicos y sociales que exponen a las personas con capacidad de gestar a situaciones de alta vulnerabilidad: contextos restrictivos de criminalización y negación del embarazo	12
✱ Factores psicológicos que inciden en los abortos en tiempos gestacionales avanzados: la negación del embarazo y las situaciones de violencias de género	14
✱ Estigma en abortos en tiempos gestacionales avanzados	15
✱ Corporalidad fetal	18
✱ 1.3. Acompañamientos y cuidados de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados	18

✿ Capacidades de profesionales de la salud y acompañantes	19
✿ 1.4. Autodeterminación y autonomía	22
✿ 1.5. Abordaje de escenas temidas en profesionales de la salud y/o personas que acompañan	23
✿ 1.6. Abordaje del manejo de los restos biológicos desde el respeto por las decisiones y rituales comunitarios	24
✿ 1.7. Recomendaciones para el abordaje de los desafíos	27

2.

Estrategias de afrontamiento de situaciones de desgaste desde un enfoque de cuidado colectivo 28

✿ 2.1. El desgaste ocupacional en profesionales de la salud y/o acompañantes de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados	29
✿ Abordaje del desgaste ocupacional en profesionales de la salud y acompañantes de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados	32
✿ 2.2. Enfoque de cuidado colectivo en abortos en tiempos gestacionales avanzados	33
✿ 2.3. Técnicas de abordaje del desgaste ocupacional para profesionales de la salud y acompañantes de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados	37

Introducción

A pesar de la existencia de acciones de promoción de la salud sexual y la salud reproductiva y de prevención de embarazos no intencionales, así como de políticas públicas destinadas a que todas las personas con capacidad de gestar puedan acceder a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo y de interrupción legal del embarazo, existen múltiples situaciones que las exponen a barreras para acceder a abortos seguros en tiempos gestacionales tempranos. Una de estas barreras es que la atención de carácter segura y legal no se encuentra disponible en todos los países o territorios. Y otra es la dificultad de acceso que tienen los grupos vulnerabilizados, aun en zonas donde dicha atención sí existe. Debido a estas situaciones que obstaculizan el acceso al aborto seguro en tiempos gestacionales tempranos para grupos en situación de vulnerabilidad, la existencia de abortos inducidos voluntariamente en tiempos gestacionales avanzados es un hecho que hay que comprender y atender.

Los abortos inducidos voluntariamente¹ en tiempos gestacionales avanzados ocurren en todas las regiones del mundo y en todas las comunidades, con significados distintos e impactos diferentes para la calidad de vida y el bienestar psicosocial de las personas que pasan por esta situación.

* Temática

Esta guía se centra en el acompañamiento a las personas en situaciones de alta vulnerabilidad en el acceso al aborto seguro, particularmente el que se realiza en tiempos gestacionales avanzados.

Cuando hablamos de abortos en tiempos gestacionales avanzados nos referimos a los abortos inducidos voluntariamente después de las 20 semanas de gestación.

Los abortos inducidos pueden definirse como la terminación intencional del embarazo intrauterino por medios medicamentosos o quirúrgicos en cualquier etapa gestacional.

¹ “Aborto inducido voluntariamente” es el término utilizado en la 11a versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud para designar al proceso inducido de expulsión o extracción completa de un embrión o un feto, independiente de la duración del embarazo. Es la interrupción deliberada de un embarazo en curso por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene por objeto dar lugar a un nacimiento vivo (OMS, 2022a).

Según lo que reportan los servicios de acceso a aborto seguro, las personas en condiciones de vulnerabilidad psicosocial que solicitan una interrupción legal y/o voluntaria del embarazo con más de 20 semanas de gestación, en su mayoría se encuentran en la niñez, la adolescencia o la juventud, o son víctimas de violencias sexuales o están empobrecidas o pertenecen a pueblos originarios, o viven en zonas rurales o alejadas de los servicios de salud.

*** Motivación**

Esta guía surge a partir de una iniciativa del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) y del Grupo de Autocuidado y Apoyo para Proveer y Acompañar Abortos Seguros (AAPAAS) y forma parte de una estrategia más amplia de abordaje integral de los abortos inducidos en tiempos gestacionales avanzados. La guía propone un sustento teórico para profesionales de la salud y acompañantes de servicios de aborto inducido en tiempos gestacionales avanzados (más de 20 semanas) y, al mismo tiempo, brinda herramientas prácticas para los acompañamientos o consejerías incorporando el enfoque de cuidado colectivo y mitigación del desgaste profesional y ocupacional de quienes proveen atención en los distintos momentos del proceso de aborto seguro.

Está destinada a personal de salud de servicios públicos y privados de distintas disciplinas (medicina, obstetricia, psicología, enfermería, trabajo social, etc.) y a acompañantes de colectivas y organizaciones sociales, así como a toda persona o agrupación que se dedique al activismo o a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de brindarles apoyo para garantizar la atención y el acompañamiento y asegurar la accesibilidad a un aborto seguro según el contexto normativo-social en el que se encuentren.

Quienes de manera cotidiana asumen el compromiso de acompañar a las personas en su decisión de interrumpir su embarazo en una etapa gestacional avanzada se encuentran con la necesidad de capacitarse y entrenarse para acceder a herramientas que contribuyan a mejorar sus prácticas desde una perspectiva de salud integral, sin estigmas y con un enfoque de cuidado colectivo que permita mitigar el desgaste ocupacional.

*** Objetivos**

- * Contribuir a la construcción de un sustento teórico para los procesos de acompañamiento y consejería para personas en situaciones de alta vulnerabilidad que solicitan una interrupción del embarazo en tiempos gestacionales avanzados.**

- * Generar herramientas prácticas desde un enfoque de cuidado colectivo para el abordaje y la mitigación del desgaste ocupacional en profesionales de la salud y acompañantes de abortos inducidos en tiempos gestacionales avanzados.

* Recursos

Esta guía ofrece recursos conceptuales y metodológicos para:

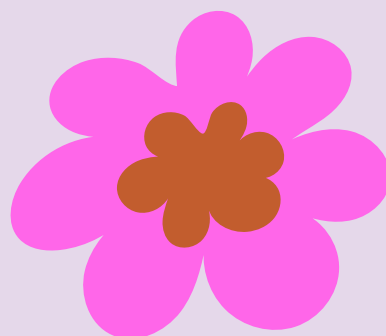
- a. los acompañamientos y consejerías de interrupciones del embarazo en tiempos gestacionales avanzados para personas que se encuentran en condiciones de alta vulnerabilidad;
- b. el abordaje de la problemática del desgaste ocupacional de profesionales de la salud y acompañantes de abortos en tiempos gestacionales avanzados.

* Organización

La guía se divide en dos secciones, ambas con conceptos teóricos y sugerencias prácticas para quienes proveen y acompañan abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados.

La primera sección, denominada “Abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados”, se propone ayudar a comprender perspectivas y enfoques de los acompañamientos y consejerías. Incluye pautas conceptuales desde una mirada de salud integral (física, psicológica, emocional, social y cultural), identificación de desafíos y recomendaciones para su abordaje.

La segunda sección se titula “Estrategias de afrontamiento de situaciones de desgaste desde un enfoque de cuidado colectivo” y brinda definiciones y descripciones de los síntomas del desgaste ocupacional, a la vez que propone acciones concretas para profesionales de la salud y acompañantes de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados.



1. Abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados



✿ 1.1. Definiciones y presentación de estudios que refieren la existencia de los abortos en tiempos gestacionales avanzados

El acceso al aborto en tiempos gestacionales avanzados es una práctica que está incrementándose en la región de América Latina a partir de cambios importantes que se han dado en la legislación o las normativas de algunos países y por el gran activismo que caracteriza el trabajo desde las redes y las colectivas que brindan acceso a abortos seguros.

En los últimos años, países como México, Colombia y Argentina han ampliado su legislación, garantizando un mayor acceso al aborto legal en tiempos gestacionales avanzados. Sin embargo, como generalidad, debemos reconocer que todavía existen restricciones en el acceso en muchos otros países. Es así que en Perú, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Guatemala, por ejemplo, hay regulaciones restrictivas en las que el aborto sigue siendo considerado un delito, criminalizando en muchos casos a la persona que toma la decisión de interrumpir un embarazo. Esta disparidad refleja la ausencia de un enfoque de acceso al aborto unificado en la región.

A pesar de estas variantes entre países, América Latina ha experimentado avances significativos en la inclusión del aborto en el debate y la agenda de las políticas públicas, con intentos de eliminación del estigma social y con una discusión abierta sobre un tema de salud que históricamente fue tabú y se mantenía en secreto circunscripto al ámbito privado. Estos debates no solo han colocado al aborto como una decisión de cada persona con capacidad de gestar, sino también como un asunto de justicia social y reproductiva, lo que expresa una gran transformación social en la manera en que se aborda este tema en la región (Planned Parenthood, 2023).

Un elemento relevante en este contexto es la terminología utilizada para referirse al aborto, ya que las palabras elegidas reflejan matices legales y sociales particulares en cada país. El aborto es entendido como la interrupción espontánea o inducida del embarazo. Históricamente, el término “aborto” ha estado asociado a la penalización y la criminalización, lo que ha llevado a la adopción de términos alternativos, como “interrupción legal del embarazo (ILE)” e “interrupción voluntaria del embarazo (IVE)”. Estas expresiones no solo desvinculan el imaginario social del aborto de su connotación penal y del estigma, sino que también permiten diferenciar los abortos voluntarios de los espontáneos, enfatizando la autonomía y el acceso a derechos.

En distintos países de América Latina los términos IVE e ILE adquieren significados específicos dependiendo de las circunstancias y regulaciones

locales, marcando diferencias en el acceso al derecho a la interrupción del embarazo. En México la ILE se refiere al aborto realizado por decisión de la persona gestante antes de las 12 semanas de gestación. En Argentina, la ILE abarca al aborto inducido de manera legal en casos de violación o cuando hay riesgo para la vida o la salud de la persona gestante. Por otro lado, la IVE en México se refiere a la opción de aborto para las víctimas de violación. En Argentina y Uruguay la IVE incluye al aborto voluntario en las primeras semanas del embarazo, despenalizado en sus respectivos códigos penales. En Chile la IVE está permitida bajo tres causales establecidas en la legislación penal, las cuales son peligro para la vida de la mujer, inviabilidad fetal y embarazo por violación. Finalmente, en Colombia se considera IVE a cualquier aborto inducido que se realice dentro del marco legal, ya sea por solicitud hasta las 24 semanas de gestación o por causales después de este tiempo.

En las discusiones sobre derechos reproductivos y salud pública se prefiere el término “aborto” por su claridad y precisión (ARCC, 2017; Gagnon et al., 2021).

En el resto de la región, en contextos de abortos en tiempos gestacionales avanzados las expresiones “interrupción legal del embarazo” e “interrupción voluntaria del embarazo” adquieren gran importancia, resaltando los derechos humanos, fomentando un enfoque de no criminalización y basado en evidencia científica. El acceso a los mismos presenta mayores barreras, incluso en los países con menos restricciones normativas o con legislación favorable.

Estas barreras incluyen obstáculos legales, económicos y de acceso a la información, como las dificultades para encontrar centros de salud y profesionales que realicen la práctica y para reunir los recursos necesarios para el procedimiento o para cubrir los costos asociados (como el transporte, la pérdida del ingreso laboral por las jornadas no trabajadas -de la persona que se realiza el procedimiento y de su acompañante-, la compensación económica a otras personas por la delegación de las tareas domésticas y de cuidado de familiares a cargo, etc.).

Las personas que solicitan abortos en tiempos gestacionales avanzados suelen descubrir su embarazo mucho más tarde en comparación con aquellas que lo hacen durante el primer trimestre. También se destacan casos en los que las personas experimentan dudas y contradicciones para tomar la decisión por factores sociales, culturales, religiosos, políticos y/o psicológicos, lo que puede afectar el proceso de acceso al aborto seguro de manera temprana.

De acuerdo a los contextos normativos, en Colombia el aborto se encuentra despenalizado hasta la semana 24 de gestación. Luego de la semana 24

es posible acceder a una interrupción voluntaria del embarazo en tres circunstancias: si hay riesgo para la vida o la salud de la persona gestante, ante la presencia de malformaciones fetales incompatibles con la vida y cuando el embarazo es resultado de violación, incesto o inseminación artificial no consentida.

En el caso de Argentina la ley establece el acceso al aborto de manera voluntaria hasta la semana 14 de gestación. Luego de este período las personas gestantes pueden acceder a la ILE si el embarazo fue producto de una violación (con la declaración jurada pertinente de la persona gestante, excepto en caso de personas menores de 13 años, cuando no se requiere dicha declaración) y si estuviese en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.

En México el aborto está despenalizado en todo el país, pero no está legalizado en todos los estados. En general, el acceso al aborto después de las 12 semanas de embarazo está permitido por ciertas causales, como riesgo para la vida o la salud de la persona gestante, malformaciones fetales, o en casos de violación. Es importante aclarar que la legislación varía según el estado, con algunas jurisdicciones que permiten excepciones adicionales en circunstancias particulares (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y GIRE, 2023; FLASOG y Promsex, 2007).

Estas normativas muestran que, aunque se han dado avances, los datos específicos sobre abortos a partir de la semana 20 son más difíciles de obtener, debido a los factores sociales que influyen en la decisión de las personas gestantes, a lo que se suman las dificultades de acceso contextuales por la existencia de escasos servicios disponibles para tal fin desde las instituciones de salud, hospitales y demás efectores.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca del 90% de los abortos en el mundo y en América Latina y el Caribe ocurren dentro de las 12 primeras semanas de gestación, es decir en el primer trimestre de embarazo. Alrededor del 2% se realizan después de las 18 semanas de gestación (OMS, 2009), lo cual es un porcentaje sumamente significativo para demostrar la ocurrencia de abortos inducidos en tiempos gestacionales avanzados.

Las restricciones para el acceso al aborto en cualquier etapa gestacional tienen un impacto subjetivo y social tanto en las personas con capacidad de gestar como en sus familias, ya que limita profundamente su autonomía reproductiva (Donovan, 2020). Estos impedimentos pueden ejercer una presión significativa sobre las personas, al forzarlas a tomar decisiones condicionadas por los límites establecidos en lugar de responder a sus propias necesidades y circunstancias. Esto dificulta el acceso al aborto seguro, incluso cuando está legalmente

respaldado. Además, estas restricciones contribuyen a acentuar las desigualdades sociales, afectando desproporcionadamente a quienes enfrentan mayores barreras económicas, geográficas y/o culturales, condicionando el desarrollo de personas que se encuentran expuestas a situaciones de vulnerabilidad por vivir de manera forzada un embarazo no deseado o no intencional.

*** 1.2. Factores psicológicos y sociales que exponen a las personas con capacidad de gestar a situaciones de alta vulnerabilidad: contextos restrictivos de criminalización y negación del embarazo**

Cuando se acompaña la decisión de interrumpir un embarazo en una etapa gestacional avanzada en general aparecen particularidades que van más allá de los textos de las leyes, pues son historias de vida que muestran la vulnerabilidad y/o adversidad de los contextos sociales. Se trata de personas que sienten temor de ser criminalizadas o de estar expuestas a realizar un método no seguro para abortar por ser al que pueden acceder rápidamente en su contexto social o en su comunidad y/o con sus recursos económicos, o que han pasado por situaciones de violencia sexual que las enfrenta a la negación de un embarazo no intencional, o que se encuentran en zonas rurales alejadas del acceso a la información de abortos seguros, o que se encuentran viviendo en situaciones de derechos restrictivos por ser migrantes o simplemente por estar expuestas a múltiples miedos y presiones sociales que las llevan a aceptar el destino de una maternidad forzada.

Las normas internacionales de derechos humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 o la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979, reconocen la especial vulnerabilidad de las personas con capacidad de gestar, lo que puede exponerlas a un mayor riesgo de sufrir malos tratos durante la atención de su salud sexual y reproductiva. Estos malos tratos pueden deberse a la existencia de estereotipos de género negativos que ubican a las mujeres en el único destino de una maternidad forzada o en la falta de capacidad para decidir acorde a sus deseos por el preconceito de que son seres que merecen el sufrimiento o el castigo por el solo hecho de ser mujeres (Cook y Cusack, 2010).

Los estereotipos de género hacen que la maternidad sea el ideal a alcanzar como destino social y son generadores de muchos de los significantes asociados a los estereotipos femeninos más consolidados a nivel social. Así, las mujeres que deciden no ser madres suelen ser estigmatizadas por apartarse de esa “naturaleza socialmente establecida”. El desear ser madres tiene que ser una premisa que guíe su conducta, so pena de ser señaladas, culpabilizadas, diagnosticadas, y reprochadas penalmente. “Vivir la presión de una experiencia

subjetiva intensa como un embarazo, un parto y una crianza sin desearlo o sin saber enfrentarlo, o sin recursos para hacerlo, necesariamente desemboca en situaciones conflictivas, dolorosas y violentas” (Palomar, 2004, p. 14).

Las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad, o lo que se conoce también como pertenencia a grupos marginados, suelen ser más vulnerables a los malos tratos durante la atención relacionada a aspectos de su salud sexual y reproductiva, debido a su edad, etnia, situación socioeconómica, migración, orientación sexual o expresión de género. Esta situación se agudiza en los países donde existen contextos restrictivos de acceso a la IVE y a la ILE o de criminalización a quienes optan por la decisión de interrumpir un embarazo.

El aborto inseguro es un problema de salud pública, pues los contextos normativos y sociales restrictivos de acceso al aborto obligan a las personas que toman la decisión de abortar, sobre todo a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, a exponerse a abortos clandestinos, lo cual las expone a posibles complicaciones y secuelas en su salud, e incluso a la muerte.

Diversos hallazgos muestran que quienes buscan un aborto después de la semana 20 suelen encontrarse en contextos de alta vulnerabilidad, como no contar con red de apoyo para poder maternar, enfrentar violencia de género, atravesar problemas de consumo de sustancias, ser migrantes o vivir en zonas alejadas de los centros de salud que realizan este tipo de procedimientos. Estas realidades subrayan la importancia de garantizar un acceso equitativo y sin restricciones a los servicios de salud reproductiva (Foster y Kimport, 2013).

La existencia de múltiples situaciones de discriminación por género que pueden padecer las personas con capacidad de gestar también puede incidir en el aumento de la vulnerabilidad y exponerlas a métodos de aborto inseguros o a violencias en el contexto de la atención a la salud reproductiva en general. Existe un concepto que es necesario rescatar en el análisis de la discriminación por género de las personas con capacidad de gestar que se suele denominar discriminación interseccional o múltiple.

La interseccionalidad es una herramienta analítica que reconoce que las desigualdades se configuran a partir de la superposición de diferentes factores sociales, como, por ejemplo, ser mujer, afrodescendiente, migrante, joven, pobre, indígena, etc. (Crenshaw, 1989).

La interseccionalidad vincula entre sí distintas categorías, como clase, etnia, género y edad, entre otras, siendo todas preponderantes al momento de una decisión como es interrumpir un embarazo, si bien las condiciones son distintas

en cada situación, pues no es lo mismo para una mujer migrante, pobre, de clase popular que para una mujer blanca de clase media o alta, por ejemplo.

La denegación de cuidados en la atención es otra forma de discriminación en los contextos legales restrictivos de acceso al derecho al aborto. Dichos “malos tratos” a las personas con capacidad de gestar suelen darse a través de un incumplimiento general de las rutinas de controles de atención, exámenes dolorosos e innecesarios, solicitud de estudios también innecesarios, negativa a proporcionar medicación para alivio del dolor, negligencia o abandono, retrasos prolongados, violación del derecho a la confidencialidad y falta de consentimiento informado, entre otras faltas de cuidados.

✿ Factores psicológicos que inciden en los abortos en tiempos gestacionales avanzados: la negación del embarazo y las situaciones de violencias de género

Uno de los factores que incide en los abortos inducidos en tiempos gestacionales avanzados es la “negación del embarazo”. La negación del embarazo se ha definido como la falta de conocimiento del embarazo que se extiende más allá de la semana 20 de gestación y que puede llegar hasta el momento del parto (Wessel y Buscher, 2002). Por su parte, Del Giudice (2007) ha propuesto el término “embarazo encriptado/críptico” para hablar de los embarazos negados.

Desde esta guía, si bien se reconoce que la negación del embarazo puede estar en relación con la falta de conciencia subjetiva del mismo, se considera que dicha circunstancia debe ser abordada durante las entrevistas del proceso de acompañamiento y/o consejerías de acceso a abortos en tiempos gestacionales avanzados, pues tiene estrecha relación con embarazos no intencionales producto de violencia sexual, como es el caso de las niñas y adolescentes víctimas de abusos sexuales.

La negación del embarazo tiene consecuencias adversas, como angustia psicológica, parto no asistido y muerte fetal².

Por lo tanto, la negación del embarazo puede estar asociada a situaciones de vulnerabilidad que se incrementan con la vivencia de un embarazo no intencional, altamente estresante (Murphy y Lalor, 2016). Asimismo, para muchas personas se trata de un período de miedos y dudas que en ocasiones resultan tan acuciantes y abrumadores que propician la negación del embarazo (Jenkins et al., 2011).

² La muerte fetal se refiere a la muerte de un recién nacido dentro de las 24 horas de su nacimiento. Se reserva el término filicidio cuando la edad del niño es mayor a dicho término (Resnick, 1969).

Es sumamente importante que durante el proceso de entrevistas de acompañamiento y/o consejerías sobre abortos en tiempos gestacionales avanzados se consideren las situaciones de violencias por motivos de género. Es en este proceso de acompañamiento cuando muchas de las personas registran por primera vez que son víctimas de violencia sexual y que ese embarazo no intencional es producto de vínculos violentos con sus parejas, exparejas u otros varones de su entorno significativo.

✿ Estigma en abortos en tiempos gestacionales avanzados

Los estigmas socialmente difundidos en torno al aborto constituyen una de las principales barreras para acceder a los mismos. En el caso de los abortos en tiempos gestacionales avanzados, el estigma se intensifica.

El estigma asociado con los abortos realizados luego de las 20 semanas de gestación está influido por narrativas sociales y culturales que los colocan socialmente como procedimientos menos aceptables en comparación con los abortos tempranos. Además, al existir una disparidad en la nomenclatura en torno a los abortos de segundo trimestre (aborto tardío, gestación tardía, abortos en etapa gestacional avanzada, entre otros) se contribuye a desinformar y amplificar el estigma en torno a estas prácticas. Según un análisis de Later Abortion Initiative, las barreras sociales y legales, así como la falta de comprensión pública, profundizan el aislamiento de quienes necesitan acceder a estos servicios (Nowell, 2024).

En relación con los abortos inducidos de manera autogestionada, persiste el estigma de que las personas experimentan arrepentimiento, al asociarlo con problemas como la depresión, el estrés postraumático, la ansiedad y la ideación suicida. Sin embargo, un estudio realizado en 2020 refiere que más del 95% de las personas que abortaron consideran que la decisión fue correcta, y el sentimiento más comúnmente expresado es el de alivio (ANSIRH, 2020). Asimismo, otras investigaciones con población de Latinoamérica identifican sentimientos de alivio y satisfacción por la decisión tomada, especialmente cuando el aborto es una decisión propia y se lleva a cabo en un entorno de apoyo (Rondón, 2009).

Por otra parte, en los casos en los que se reportaron síntomas de ansiedad y depresión tras la realización del aborto, estos síntomas ya existían como antecedentes a la realización de la práctica, lo que indica que no es válido asociar directamente la interrupción del embarazo con su aparición.

Uno de los sufrimientos más significativos que refieren las personas gestantes es el de sentirse juzgadas por la decisión tomada. Incluso, quienes

interrumpieron su embarazo en etapas más avanzadas de gestación reportaron una gran dificultad para decidir si proceder con el aborto. En parte, debido a la percepción de que serían condenadas por miembros de su comunidad.

A su vez, las personas a las que se les negó el aborto experimentaron más ansiedad y estrés, así como una menor autoestima y satisfacción con la vida en comparación con aquellas que pudieron acceder al procedimiento (Ralph et al., 2017).

Es significativo que no se encontraron mayores consecuencias psicológicas en las personas que optaron por un aborto en tiempos gestacionales avanzados en comparación con las que lo hicieron en el primer trimestre, evidenciando que las barreras al acceso al aborto, más que el momento del procedimiento, son las que afectan negativamente la salud mental (ANSIRH, 2018).

Dado que el impacto en la salud mental es considerablemente mayor cuando se restringe el acceso al aborto en comparación con la realización del procedimiento, es fundamental abordar esta cuestión en un contexto social más amplio, analizando sus implicaciones tanto individuales como colectivas (Abrams, 2022).

Otro estigma vinculado a los abortos en general es la idea de que llevar a cabo esta práctica puede ser más riesgosa o peligrosa para la salud de la persona gestante que el parto. No obstante, la evidencia indica que la interrupción legal del embarazo es considerablemente más segura que el parto. El riesgo de mortalidad asociado con el parto es aproximadamente 14 veces superior al vinculado con el aborto³. De manera similar, la morbilidad general asociada con el parto excede a la del aborto (Raymond y Grimes, 2012). El aborto se torna peligroso cuando se realiza de manera insegura en contextos de clandestinidad. El aborto no seguro puede provocar consecuencias médicas graves e irreversibles, e incluso resultar en la muerte de la persona embarazada. Las complicaciones derivadas de abortos realizados en condiciones de riesgo constituyen una de las principales causas de mortalidad materna (CELS, 2020).

La implementación de servicios seguros para abortos de más de 20 semanas de gestación ha demostrado reducir la morbimortalidad asociada con procedimientos de aborto realizados en condiciones inseguras (Grossman, 2016). Por lo tanto, es prioritario mejorar el acceso a la interrupción del embarazo en etapas gestacionales avanzadas para prevenir las situaciones

3 La tasa de mortalidad asociada al embarazo en personas que dieron a luz a neonatos vivos fue de 8,8 muertes por cada 100.000 nacimientos. En comparación, la mortalidad relacionada con el aborto inducido fue de 0,6 muertes por cada 100.000 abortos (Raymond y Grimes, 2012).

de riesgo y propiciar la capacitación y el entrenamiento de profesionales para el abordaje de este tipo de abortos, pues uno de los factores que dificulta el acceso es precisamente la falta de personal entrenado y dispuesto a realizarlos.

El personal de salud que realiza abortos en general, y aun más en tiempos gestacionales avanzados, es también objeto de estigmatización. Por otro lado, el número de profesionales es sumamente reducido en América Latina y en el mundo, llegando incluso a ser una única persona en algunas zonas. En un estudio realizado con profesionales que proveen abortos y con acompañantes en diversas partes del mundo, el 11,8% indicó que le resulta difícil hablar abiertamente sobre su labor debido al temor o al juicio social, al trato diferenciado o a la marginación que podrían experimentar. Asimismo, el 13,7% reportó haber recibido discriminación en su vida personal como consecuencia directa de su trabajo relacionado con la interrupción de embarazos. Entre las experiencias de discriminación más comunes se relataron historias de ofensas familiares, desacreditaciones de colegas e incluso pérdida de contacto con seres queridos por conflictos ideológicos (safe2choose e Ipas, 2020).

Este rechazo social afecta tanto su bienestar emocional como su desempeño profesional. La estigmatización puede obstaculizar su capacidad para ofrecer atención de calidad y pone en riesgo la prestación segura de los servicios de salud reproductiva, creando barreras adicionales para quienes buscan este tipo de atención (Global Doctors for Choice, 2016).

La estigmatización puede ser entendida como una herramienta efectiva para el mantenimiento del orden social y la estructura de poder que permite la reproducción de inequidades (Parker y Aggleton, 2003). El estigma asociado al aborto en etapas avanzadas del embarazo genera una negación que algunos autores describen como una “ceguera” ante la necesidad de contar con servicios que realicen esta práctica. La idea de que una persona solicite la interrupción de un embarazo después de la semana 20 de gestación y de que un equipo profesional lleve a cabo este procedimiento resulta tan perturbadora que se convierte en un tema del que no se habla ni se considera. Esta “ceguera”, alimentada por el estigma, ha resultado en escaso desarrollo y conocimiento sobre el aborto en el segundo trimestre en muchas partes del mundo (Harris y Grossman, 2011).

En este sentido, el estigma asociado al aborto en tiempos gestacionales avanzados no hace más que profundizar las desigualdades sociales.

✿ Corporalidad fetal

El estigma vinculado al aborto en tiempos gestacionales avanzados se agudiza debido a la corporalidad del feto y a la idea de la existencia de “sufrimiento fetal”.

Esto añade una capa emocional y ética al procedimiento, aumentando la percepción negativa y estigmatizante sobre el aborto en esta etapa.

Sin embargo, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) realizó una exhaustiva revisión bibliográfica sobre investigaciones vinculadas a la idea del sufrimiento fetal, y pudo concluir que el dolor solo adquiere significado cuando es conscientemente percibido, y la evidencia actual respalda con mayor contundencia la idea de que no hay percepción de dolor hasta pasado el segundo trimestre de gestación (RCOG, 2022a).

Si bien la investigación sobre el dolor fetal se complica debido a que no existe una única área cerebral identificable como suficiente para generar y sentir el dolor, se ha establecido que la percepción del dolor depende de una red compleja de conexiones espaciales y temporales en el cerebro, conocida como el “conectoma del dolor humano”. Estas redes pueden identificarse aproximadamente a partir de las 29 semanas de gestación. En consecuencia, se concluye que hasta ahora la evidencia indica que la percepción del dolor es poco probable antes de las 28 semanas de gestación (RCOG, 2022b).

Aunque no existe un consenso médico completo sobre la capacidad del feto para experimentar dolor, las restricciones legales severas no constituyen la respuesta adecuada a estas preocupaciones legítimas. Además, la preocupación por el creciente reconocimiento del feto como persona no es la única causa de la disminución del apoyo al aborto en etapas avanzadas. La falta de apoyo también proviene de los juicios hacia las personas que buscan estas interrupciones del embarazo (Foster y Kimport, 2013).

✿ 1.3. Acompañamientos y cuidados de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados

Los acompañamientos son espacios de encuentro entre personas en situación de aborto en una etapa gestacional avanzada y profesionales de la salud y/o acompañantes con el fin de garantizar un aborto seguro y cuidado. El objetivo principal es propiciar la toma de decisiones de la persona consultante fortaleciendo su autonomía de manera consciente

e informada, desde un modelo interdisciplinario con enfoque de derechos y perspectiva de género e interseccional.

La idea de proceso expresa el desarrollo de distintos momentos, realizados a través de una serie de entrevistas personalizadas cuya protagonista es la persona que solicita la práctica y su singularidad en contexto. El proceso incluye una entrevista de inicio, otra de seguimiento, otra de cierre y un posterior reencuentro si es requerido según la situación de cada persona que consulta. Durante este proceso de entrevistas se despliega un vínculo de confianza entre el equipo de salud y/o las personas acompañantes y la consultante que propicia el intercambio de sentidos varios, emociones, temores, historias de vida y particularidades.

*** Capacidades de profesionales de la salud y acompañantes**

Para profesionales de la salud de medicina, psicología, obstetricia, partería, enfermería y trabajo social, entre otras disciplinas, que quieran formarse en acompañamientos cuidados y/o consejerías para el acceso al aborto en tiempos gestacionales avanzados, así como para las personas que ejercen como acompañantes, es importante que existan capacitaciones en enfoque de derechos y perspectiva de género y cuidados, para propiciar el desarrollo de encuentros que desestigmaticen las prácticas de acceso a abortos en tiempos gestacionales avanzados.

Los acompañamientos de abortos en tiempos gestacionales avanzados deben ser espacios de encuentro libres de estereotipos de género, que propicien el cuidado y la protección hacia las personas, sus decisiones y su salud integral (física, psicológica y social).

La construcción de servicios de atención de salud con enfoque de cuidados se centra en que las personas consultantes puedan mantener su intimidad y confiarle al equipo proveedor y a la persona acompañante situaciones de vida que en muchas ocasiones es la primera vez que comparten con alguien, como puede ser padecer violencias por motivos de género, conflictos familiares con personas adultas en los casos de personas que se encuentran en la niñez, la adolescencia y la juventud, ambivalencias y temores ante la toma de decisión por entrar en contradicción con creencias religiosas o conservadoras, entre otras.

La confidencialidad incluye el deber del personal de proteger la intimidad de la persona y, por tanto, de mantener el secreto profesional⁴ de todo lo abordado

4 Es obligación del personal de salud mantener confidencial la información que se recibe de la persona durante las entrevistas de acompañamiento.

durante el proceso de los acompañamientos ante cualquier tercero, incluidos cónyuges, excónyuges, padres, madres, personas a cargo de su cuidado u otros familiares o amistades.

Este deber de confidencialidad es imprescindible desde un enfoque de derechos y cuidados en la prestación de servicios de salud, pues su no cumplimiento contribuye a que las personas sufran discriminación, malos tratos y vulneración de sus derechos.

El incumplimiento de los cuidados de atención se atribuye a veces a la dinámica de poder en los entornos sanitarios, especialmente entre el personal de atención, que posee conocimientos profesionales, y las personas usuarias, que dependen del sistema sanitario para obtener información y atención. El relator especial Anand Grover de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha reconocido esta dinámica de poder que lleva a que, en los acompañamientos en abortos seguros, el derecho a la autonomía en la toma de decisiones pueda verse afectado a veces por una situación de “desequilibrio de poder, experiencia y confianza inherente a la relación médico-paciente” (ONU, 2009). Por tal motivo, es imprescindible que quienes proveen servicios de aborto seguro reciban capacitación y entrenamiento en las nociones de autonomía y autodeterminación de la persona que solicita la práctica como componente esencial del proceso de entrevistas y/o acompañamientos.

Todo proceso de acompañamiento de abortos en tiempos gestacionales avanzados debe incluir:

- ✿ **Escucha activa.**
- ✿ **Lenguaje acorde a la comprensión de la persona usuaria, sencillo y respetuoso de sus derechos.** Si fuera necesario, incorporar en las entrevistas un apoyo social para garantizar la comunicación, por ejemplo, cuando no se habla la misma lengua o existe algún tipo de discapacidad que afecte la comunicación.
- ✿ **Información sobre el marco legal.** Se debe recordar y explicar el marco legal vigente que regula el procedimiento, enfatizando la seguridad y la conformidad legal o las restricciones normativas existentes sobre la práctica.
- ✿ **Información clara, precisa y con evidencia científica sobre los procedimientos de interrupción de embarazo en tiempos gestacionales avanzados.** Se debe informar sobre los dos procedimientos posibles: el aborto con medicamentos y la dilatación y

evacuación (DyE), ambos con el paso previo de inducción de asistolia fetal (IAF). Hay que explicar los riesgos, ventajas, desventajas y posibles complicaciones. La elección del procedimiento en general depende del entrenamiento y de los recursos del equipo médico y del contexto normativo de cada país. Es crucial para un equipo con perspectiva de género y derechos incorporar en la elección del procedimiento la opinión de la persona gestante, pero esto dependerá de las condiciones sociales y legales en las que se realiza el acompañamiento. En abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados si no se realiza la inducción de asistolia fetal el riesgo de supervivencia del feto es posible y esto debe ser parte de la información a brindar en este proceso.

- ✿ **Información sobre anticoncepción** para evitar embarazos no intencionales, como en cualquier consejería sobre salud sexual y reproductiva. Según los criterios de la OMS, cualquier método anticonceptivo puede ser utilizado inmediatamente después de una interrupción de embarazo o luego de un breve tiempo (OMS, 2015).
- ✿ **Firma de un consentimiento informado y respeto del secreto profesional** como derechos fundamentales de la persona gestante. Se debe garantizar que la persona haya brindado consentimiento o asentimiento expresando de manera activa su comprensión y aceptación, y considerar las particularidades y adaptaciones necesarias cuando se trata con menores de edad y personas con discapacidad.
- ✿ **Posibilidad de revocación.** Se debe informar a la persona sobre la posibilidad de revocar su decisión en cualquier momento del proceso, aunque aclarando los puntos de no retorno y las opciones disponibles hasta esos momentos. Por ello, se recomienda incluir expresamente en el consentimiento escrito esta posibilidad de revocación.
- ✿ **Abordaje de los temores referidos a un aborto en etapa gestacional avanzada,** como posibilidad de supervivencia fetal, dolor fetal durante el procedimiento, dolor físico y emocional de la persona que se realiza la práctica, fertilidad futura, estigmatización y culpabilización, entre otros.
- ✿ **Información y despeje de dudas y miedos sobre el destino de los restos biológicos o fetales.** Es importante abordar en los acompañamientos de abortos inducidos voluntarios en tiempos gestacionales avanzados la disposición final del producto de la expulsión, y la autoderminación de la persona en relación a qué hacer con los restos biológicos producto del aborto. Es necesario poder establecer lineamientos en cada país o departamento sobre cómo abordar esta

instancia, incluir opciones como rito funerario o rituales religiosos o culturales que la persona crea importante realizar como parte de un cierre emocional y social de este proceso. Todo ello debe ser de acuerdo al contexto normativo de cada país. Según la autodeterminación de la persona gestante es importante considerar su derecho a no ver, no tocar y no tener que manejar nada del producto de la expulsión.

- ✱ **Abordaje de casos de violencias de género.** Es crucial activar y derivar a las personas a los servicios de protección adecuados de manera oportuna, cuidadosa y efectiva, realizando un seguimiento de los mismos.
- ✱ **Enfoque de acompañamiento de proceso continuo.** Hay que enfatizar que se debe acompañar a la persona a través de las entrevistas o espacios de encuentro que sean necesarios según sus necesidades o particularidades.
- ✱ **Soporte psicológico posaborto.** Se debe ofrecer seguimiento psicológico en caso de que la persona exprese malestar emocional durante o después del procedimiento, como parte del enfoque de cuidados.

✱ 1.4. Autodeterminación y autonomía

La autonomía es la capacidad de elegir, hacer y actuar según las propias decisiones. A menudo englobada en el concepto de toma de decisiones informadas, es un componente de derechos humanos fundamental de la salud reproductiva.

Basándose en el principio de autonomía, la elección de una persona gestante debe ser respetada, incluso cuando el aborto ocurre en etapas avanzadas del embarazo. La “moralidad” del aborto no debe juzgarse por el momento gestacional, sino por el respeto a los derechos reproductivos de las personas gestantes, que incluyen su capacidad para decidir sobre su cuerpo y su vida (Furedi, 2021).

En los abortos en etapas avanzadas del embarazo no se debe ignorar este principio de autonomía en torno a las decisiones reproductivas. Ann Furedi sostiene que existen casos de profesionales de la salud que argumentan que una persona no debería ser capaz de tomar una decisión moral sobre el futuro de su embarazo cuando ya se encuentra avanzado, lo cual niega y asalta este principio de autonomía y, al hacerlo, asalta la tradición de la libertad de conciencia que existe en la sociedad pluralista moderna (Furedi, 2021).

En tanto la autonomía se refiere a la legitimidad de decidir por cuenta propia, el concepto de autodeterminación se enfoca en la capacidad y las condiciones necesarias para ejercer esas decisiones en la práctica social.

El derecho de las personas a la autodeterminación en el contexto del aborto implica la capacidad de tomar decisiones libres sobre su vida sexual y reproductiva sin interferencias o presiones externas no deseadas.

Por lo tanto, los acompañamientos adquieren un papel crucial, ya que deben enfocarse en desestigmatizar y desculpabilizar a las personas gestantes que toman la decisión de interrumpir un embarazo en tiempos gestacionales avanzados, brindando apoyo a su decisión autónoma. De esta manera, se asegura el respeto a la autodeterminación como un derecho fundamental de las personas con capacidad de gestar.

La autonomía y la autodeterminación en las decisiones reproductivas constituyen un derecho humano fundamental y debe ser garantizado desde los espacios de salud a los que acuden las personas gestantes a solicitar una interrupción del embarazo en cualquier momento.

*** 1.5. Abordaje de escenas temidas en profesionales de la salud y/o personas que acompañan**

La existencia de los estereotipos de género encuentran en la maternidad la máxima expresión de la posición femenina, por lo que hipotéticamente la culpa o ambivalencia ante la decisión de abortar puede generar sentimientos contradictorios entre continuar o no con un embarazo y, aun en situaciones de claridad en la decisión de interrumpirlo, con el posible surgimiento de sentimientos de culpa por tomar una decisión que no se adecua al mandato social de que ser mujer es sinónimo de ser madre.

Algunos estudios refieren que en general las personas que interrumpen un embarazo no creen que hayan tomado una decisión equivocada, pero sí reconocen la sensación de una pérdida, pudiendo presentar sentimientos ambivalentes y la aparición de hipótesis contrafácticas, como “qué habría pasado si” (Petracci et al., 2012).

Estos enunciados propician la aparición de una escena que se repite y que podemos denominar “escena temida” por el personal de salud proveedor de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados: el miedo ante lo que se identifica como el “arrepentimiento” de interrumpir un embarazo después de realizar el procedimiento de un aborto inducido voluntariamente.

Desde la presente guía se recomienda que:

Ante la escena temida de la posibilidad de que la persona en un aborto inducido realizado en una etapa gestacional avanzada presente “arrepentimiento”, recomendamos utilizar la terminología de “cambio de opinión” y la inclusión de su abordaje durante el proceso de acompañamiento para despejar dudas, ambivalencias y temores, como así también la implementación de espacios de supervisión por parte de un grupo de personas expertas para el equipo de salud y/o acompañantes para fortalecer sus intervenciones desde una perspectiva que promueva la autonomía y la autodeterminación de las personas gestantes en embarazos avanzados.

También es importante en el proceso de acompañamientos de abortos en tiempos gestacionales avanzados el abordaje de los miedos que pueden presentar las personas usuarias en relación a la existencia de sufrimiento fetal. Aunque no existe un consenso de evidencia científica sobre la capacidad del feto para experimentar dolor, la corporalidad fetal en esta etapa gestacional incrementa los temores de las personas de sentirse culpables o responsables de causar daño o generar dolor al producto del embarazo durante el proceso del aborto. Se debe dar un espacio de contención suficiente para elaborar estos temores y miedos esperables y explicitar la falta de evidencia científica completa sobre este punto. Asimismo, es importante brindar recursos psicológicos para fortalecer la autoestima de las personas y su asertividad en la decisión de interrumpir un embarazo no intencional o no deseado.

*** 1.6. Abordaje del manejo de los restos biológicos desde el respeto por las decisiones y rituales comunitarios**

Este apartado tiene por propósito introducir algunos lineamientos sobre la importancia de abordar en los acompañamientos de abortos inducidos voluntarios en tiempos gestacionales avanzados la información sobre el manejo de los restos biológicos o fetales desde un enfoque de cuidado y trato digno por la autodeterminación de las personas gestantes.

Por disposición de restos biológicos consideraremos el conjunto de actividades relativas a la obtención, preservación y traslado a su lugar de destino final permanente de órganos, tejidos y sus componentes derivados, cadáveres, embriones y fetos, con fines de eliminación, de docencia, de investigación o terapéuticos (Ariza Navarrete y MolRe, 2025).

Las normativas, reglamentaciones y/o lineamientos sobre el manejo de los restos fetales no se encuentran totalmente desarrolladas en la región. Sí están claros los procedimientos para el manejo de cadáveres cuando se trata de cuerpos de personas adultas o pediátricas e incluso neonatales y las instituciones prestadoras de servicios de salud, sin tener una regulación o guía procedimental, adaptan y ajustan estas disposiciones para la muerte fetal posterior a la semana 20 de etapa gestacional o de un feto mayor a 500 gramos. En general, dependiendo del departamento, provincia o país, se suelen labrar actas de defunción o se consigna como NN en el registro de fetos muertos.

Actualmente, cuando una persona fallece en una institución de salud se realiza la entrega a la familia a través de un servicio funerario que se encarga de retirar el cadáver para los efectos de inhumación o cremación según sea la decisión de la familia.

Ahora bien, ¿qué ocurre cuando los restos biológicos son producto de un aborto inducido voluntariamente en tiempos gestacionales avanzados?

En general, tanto los abortos como las muertes gestacionales son temas marginales o tabú para su abordaje. Existen algunas investigaciones realizadas en casos en que se produce muerte fetal que refieren que aún se sabe poco sobre cómo las personas (re)configuran sus identidades a partir de ese hecho inesperado (Cadge et al., 2015). Al momento no hay lineamientos o protocolos sanitarios en la región que expresen qué hacer frente a la solicitud de que se les entreguen los restos biológicos por parte de las personas que han pasado por un proceso de aborto inducido en tiempos gestacionales avanzados. Por su parte, los trabajos etnográficos de Layne (1990) ponen en escena la dificultad que enfrentan las personas cuando el sistema de salud les entrega los restos biológicos ante una muerte fetal resultado de un aborto inducido.

La falta de reglamentaciones en la región sobre el abordaje de los restos fetales propicia que haya muchas preguntas que no tienen respuestas unificadas para todo el sistema sanitario en general. Por ejemplo, ¿qué sucede en las instituciones de salud ante la constatación de una muerte fetal no relacionada con una interrupción voluntaria del embarazo? ¿Cómo se comunica esta situación a la persona cuyo feto ha muerto? Si ella lo solicita, ¿qué interacciones se pueden dar con el producto de la gestación (verlo, sostenerlo)? ¿Y qué sucede ante la solicitud de los restos biológicos o fetales por parte de una persona que ha accedido a la realización de una interrupción de embarazo voluntaria? ¿Se entregan los restos biológicos? ¿De qué manera? Si la persona desea realizar un rito religioso para el producto del

embarazo, ¿lo puede hacer? ¿Qué proceso debe llevar a cabo? ¿Cómo debería proceder el equipo de salud cuando la persona pide que se le entreguen los restos biológicos o fetales del producto de su embarazo?

Memmi (2011) se enfoca en las consecuencias emocionales para personas de todos los géneros de las pérdidas de embarazos y el trauma y la importancia de los protocolos de atención en los servicios de salud y refiere que algunas personas solicitan los restos porque desean realizar rituales funerarios por la muerte de un ser querido.

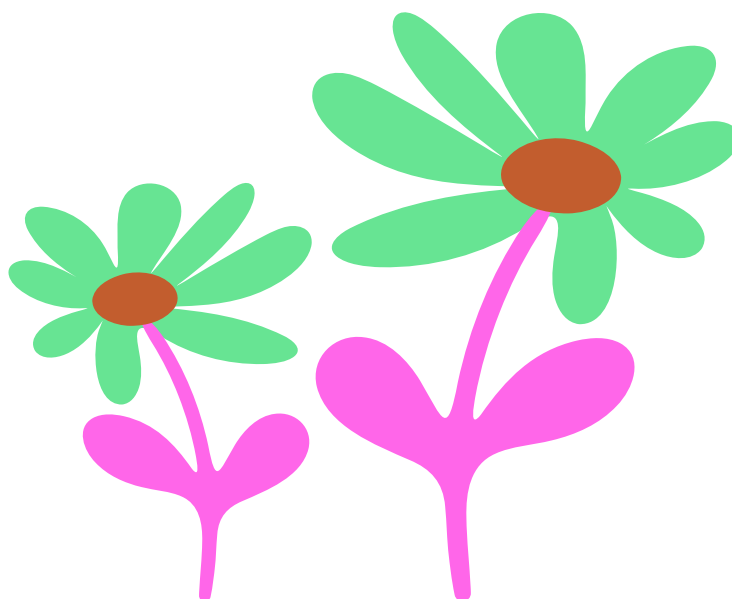
Desde un enfoque de cuidado y trato digno de la autodeterminación de las decisiones tomadas por las personas con capacidad de gestar es necesario incluir en los acompañamientos la información y posición de las personas frente al manejo de los restos biológicos. Con el ánimo de entender la importancia de la voluntad de la persona gestante en la decisión del proceso de disposición del producto de la expulsión, se deben abordar los conceptos de aborto, en algunos casos también de duelo gestacional o dolor emocional frente al aborto, que puede ser vivenciado como una pérdida, así como la religión y/o posición de cada persona como parte necesaria en el manejo del producto del aborto inducido.

Ante esta situación, se recomienda:

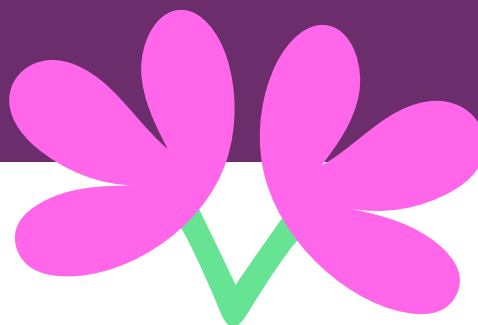
- ✿ Establecer una serie de lineamientos técnicos o protocolos que garanticen a la persona gestante tener acceso a la información completa, amplia, suficiente y, sobre todo, oportuna que será brindada por el equipo de salud durante su atención sobre el destino de los restos biológicos y, si es su decisión, tener la posibilidad de solicitar su entrega para disponer de los mismos según su voluntad, religión y/o rito cultural.
- ✿ Generar capacitaciones para profesionales de la salud y acompañantes para la identificación, manejo y tratamiento del duelo por pérdida gestacional, así como incluir estas capacitaciones en la formación de las carreras de psicología, medicina, enfermería y otras profesiones afines, priorizando la autodeterminación y la voluntad de la persona gestante y no su patologización.
- ✿ Propiciar el desarrollo de políticas de atención que procuren la autodeterminación de la persona, el respeto, la calidad, la confidencialidad y la priorización que requiere la atención digna.

✿ 1.7. Recomendaciones para el abordaje de los desafíos

- ✿ Creación de un comité integrado por especialistas de diferentes disciplinas, como psicología, medicina y abogacía.
- ✿ Generación de espacios de supervisión de los acompañamientos de abortos inducidos en tiempos gestacionales avanzados.
- ✿ Realización de entrevistas de seguimiento y fortalecimiento de la decisión de interrumpir el embarazo en abortos inducidos en tiempos gestacionales avanzados.
- ✿ Organización de talleres de abordaje del desgaste ocupacional y de promoción de resiliencia en profesionales de la salud y acompañantes.



2. Estrategias de afrontamiento de situaciones de desgaste desde un enfoque de cuidado colectivo



✿ 2.1. El desgaste ocupacional en profesionales de la salud y/o acompañantes de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados

El trabajo y el compromiso de quienes proveen abortos seguros, así como de quienes brindan consejerías y/o procesos de acompañamientos cuidados en interrupciones de embarazos de más de 20 semanas puede ser una fuente de generación de desgaste ocupacional, conocido en general como burnout.

Por este motivo, es primordial abordar esta problemática desde un encuadre de “cuidar a quienes cuidan” y planificar programas de mitigación y afrontamiento del desgaste ocupacional partiendo de una mirada positiva por el compromiso con el acceso a servicios de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados.

El llamado *burnout*, si bien ha sido descubierto por primera vez hace más de 50 años, recién ha adquirido importancia en los últimos años, principalmente luego de la pandemia de COVID 19.

Se conceptualiza como un síndrome o conjunto de síntomas que aparecen en la persona expuesta, en este caso profesionales de la salud y/o acompañantes de servicios de aborto seguro, como respuesta al estrés crónico que surge al trabajar en condiciones de alta tensión emocional, agravadas por contextos de restricciones legislativas o criminalización de la práctica del aborto y/o contextos adversos por la presencia de grupos conservadores o antiderechos, lo que genera consecuencias negativas tanto para la salud de las personas que proveen y acompañan el proceso como para la organización en la que se desarrolla su trabajo.

El desgaste ocupacional no aparece de manera instantánea, sino que depende de un proceso continuo en el que hay presencia de estrés crónico sostenido en el tiempo y estrategias de afrontamiento fallidas (Berra et al., 2022).

Su aparición se asocia con la predisposición de mayores riesgos de errores profesionales con efectos negativos tanto a nivel individual como organizacional, pudiendo producir desde una disminución de la calidad del trabajo y conflictos laborales hasta el desarrollo de trastornos mentales, problemas psicosomáticos e incluso el suicidio (INSST, 2022).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el desgaste ocupacional es el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha podido manejar de manera exitosa (OMS, 2022c). Es importante reconocer que este síndrome se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida.

El *burnout* fue investigado por primera vez en 1974 por el psiquiatra Herbert J. Freudenberger. Estos estudios se centraron principalmente en sus colegas, al notar cómo iban perdiendo la empatía con sus pacientes al tiempo que mostraban un gran agotamiento.

A pesar de múltiples estudios sobre esta problemática de salud, recién en 2018 la OMS la introdujo en el listado de problemas asociados con el empleo o el desempleo. Y recién unos años después, en 2022, fue reconocida como enfermedad laboral, utilizando una definición más minuciosa, en la cual se incluyeron tres dimensiones del síndrome de desgaste y se excluyeron otras experiencias que no forman parte del área laboral, lo cual legitima más explícitamente la existencia de este síndrome y los límites para considerar o no su presencia y poder realizar un diagnóstico diferencial oportuno.

De acuerdo con estudios estadísticos, el personal de salud es uno de los grupos más afectados por el *burnout*. Quienes ejercen la medicina son las personas cuya salud se ve más afectada por este síndrome. La prevalencia en esta profesión se estima entre un 25% y un 65%, es decir, dos veces más elevado que en otras profesiones (Veyssier-Belot, 2015).

En 1982 la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley y el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI) para diagnosticar este padecimiento en el personal de salud. Desde entonces, las investigaciones señalan que puede aplicarse a personas que trabajan en otras áreas, no necesariamente a quienes brindan un servicio de cuidado.

Para su adecuado diagnóstico se pueden identificar tres principales dimensiones en la presentación clínica del síndrome de desgaste ocupacional en personas que trabajan en el área de la salud:

Agotamiento emocional: sentimientos de falta de energía, sentirse constantemente con cansancio, incluso al iniciar el día.

Despersonalización: aumento de la distancia mental con respecto al trabajo o sentimientos negativos, como puede ser no sentir compromiso con las propias actividades ni con sus pacientes, pudiendo llegar hasta el cinismo en el trato con las personas.

Ineficacia: afectación del desempeño laboral y falta de realización personal.

Es importante recalcar que estas tres dimensiones se desarrollan de forma progresiva en el orden en que fueron mencionadas. Es decir, se inicia con el agotamiento emocional, con una creciente apatía acerca del trabajo y la pérdida de interés por situaciones que se presentan durante la jornada laboral.

A continuación se desarrolla la fase de despersonalización y cinismo, en la cual se desarrolla una actitud negativa hacia el trabajo y hacia el lugar donde se trabaja. Asimismo, puede aparecer un proceso de deshumanización en la atención de, en este caso, las personas gestantes.

Por último se desarrolla la ineficacia, que se manifiesta como sentimientos de incompetencia junto con disminución de la productividad en el trabajo, incluso a pesar de encontrarse en la cúspide de su vida profesional. Un ejemplo de esta dimensión puede distinguirse cuando las personas expresan que se sienten agobiadas por el trabajo que amaban o sienten que, a pesar de que trabajen mucho, siempre hay más trabajo que hacer (Bridgeman et al., 2018; Alvarado-Ferllini et al., 2021).

Algunos de los síntomas físicos que se presentan con el desgaste ocupacional son:

- ✿ Jaquecas
- ✿ Gastritis
- ✿ Aumento de la presión arterial y mayor incidencia de colon irritable
- ✿ Menor eficacia del sistema inmune
- ✿ Taquicardia
- ✿ Sudoración, temblor corporal, tics nerviosos
- ✿ Obesidad y sobrepeso
- ✿ Pérdida del cabello
- ✿ Menstruación irregular
- ✿ Enfermedades cardíacas
- ✿ Presión de dientes y mandíbula (bruxismo)
- ✿ Manos y pies fríos
- ✿ Tensión muscular
- ✿ Diarrea o estreñimiento
- ✿ Insomnio
- ✿ Tartamudeo
- ✿ Alteraciones de la piel

Algunos de los síntomas psicológicos que aparecen con el desgaste ocupacional son:

- ✿ Dificultad para concentrarse
- ✿ Aumento en los errores
- ✿ Menos capacidad de toma de decisiones
- ✿ Disminución de la memoria
- ✿ Ansiedad, preocupación en exceso, pensamiento catastrófico y lento
- ✿ Cambio en el estilo de vida
- ✿ Propensión a tener accidentes
- ✿ Inquietud, miedo o pánico, irritabilidad
- ✿ Reducción del deseo sexual
- ✿ Disminución de la autoestima y constantes cambios de humor que, si no son tratados a tiempo, pueden ser causa de depresión y desestabilidad emocional

A través del desarrollo de espacios de conversación y talleres de abordaje y mitigación del desgaste ocupacional realizados por el grupo AAPAAS - CLACAI a profesionales de la salud y acompañantes de abortos seguros se ha observado que son grupos expuestos a presentar un agotamiento o desgaste emocional intenso, lo que afecta tanto su vida cotidiana como personal y profesional y su inserción en los grupos, colectivos o instituciones de salud donde desempeñan su práctica o trabajo diario.

Durante dichos talleres se ha registrado que el desgaste ocupacional o *burnout* se manifiesta por agotamiento físico y psíquico, apatía, desesperanza y autoconcepto negativo. El siguiente paso a ese cuadro es el aislamiento, el cual conduce al absentismo laboral. No se acude a las reuniones de trabajo, y se producen cambios de humor y conductas hostiles. Esto conlleva a sentimientos de inadecuación personal y profesional, causando un deterioro de la capacidad laboral y pérdida del sentimiento de gratificación.

✿ **Abordaje del desgaste ocupacional en profesionales de la salud y acompañantes de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados**

Es preciso destacar que parte importante de un adecuado abordaje de este problema es saber reconocer su existencia, de ahí que es necesario brindar las herramientas y el entrenamiento adecuado para detectar cuándo alguien del equipo presenta un síndrome de desgaste, puesto que es fundamental el apoyo entre colegas y el abordaje desde la organización en la que realizan su trabajo.

Entre las acciones para afrontar el desgaste ocupacional es importante generar desde lo organizacional espacios de cuidado colectivo para la reflexión y el abordaje grupal del malestar laboral. En lo individual es recomendable evitar hacer muchas tareas al mismo tiempo, tomar pausas o descansos, cuidar el cuerpo y la mente, pedir ayuda cuando se necesita y meditar. La meditación es una de las intervenciones que se puede realizar para prevenir el desgaste ocupacional.

Según el registro de diferentes intervenciones (Alvarado-Ferllini et al., 2021), algunas de las medidas que pueden implementar los servicios de salud son las siguientes:

- ✿ Implementar programas que involucren organizaciones y personal de apoyo, con el objetivo de cuidar la salud mental y física del personal.
- ✿ Buscar estrategias para equilibrar la carga de trabajo.
- ✿ Replantear jornadas laborales menos intensas.
- ✿ Crear espacios de descanso adecuados en los ambientes laborales.
- ✿ Promover estrategias de trabajo en equipo y herramientas para manejar la incertidumbre clínica.
- ✿ Fomentar la retroalimentación positiva más que la negativa y la capacidad de abordaje resiliente de las situaciones adversas.

Desde una mirada integral y positiva de los acompañamientos de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados, desde el grupo AAPAAS - CLACAI proponemos un abordaje que incorpore tres dimensiones: 1) autocuidado o cuidado personal, 2) cuidado entre colegas y/o equipo de salud y 3) cuidado organizacional, priorizando en las tres dimensiones el enfoque de cuidado colectivo.

✿ 2.2. Enfoque de cuidado colectivo en abortos en tiempos gestacionales avanzados

El cuidado colectivo se refiere a las acciones y estrategias diseñadas para fomentar el bienestar de una comunidad o grupo. Esto incluye la creación de acuerdos basados en la empatía para facilitar el desarrollo de espacios seguros (Iniciativa Spotlight, 2023).

Este enfoque se centra en la idea de que el cuidado no es solo una responsabilidad individual, sino un esfuerzo compartido dentro de un grupo o una comunidad. El enfoque de cuidados colectivos se basa en la colaboración y la interdependencia, donde el apoyo mutuo y la valoración del trabajo de cuidado en todas sus formas resultan claves para el fortalecimiento de quienes

conforman un grupo o colectiva social.

En el acceso al aborto en tiempos gestacionales avanzados, el cuidado colectivo para profesionales de la salud y acompañantes resulta esencial, ya que se debe considerar tanto a quienes necesitan acceder a un aborto como a quienes acompañan el proceso. Contar con espacios de respeto mutuo, colaboración y apoyo comunitario es crucial para todas las personas involucradas en el proceso.

Dado que los cuidados colectivos requieren considerar a las personas y sus entornos, tomando en cuenta la comunidad a la que pertenecen, sus vínculos cercanos y las demás personas con quienes comparten su labor, los estigmas sociales, originados en la misma sociedad de la que forman parte, juegan un papel crucial en el desgaste de los equipos de profesionales y acompañantes de abortos en etapas avanzadas.

Los contextos restrictivos, el estigma y la sanción social que aún rodean al aborto, debido al desconocimiento o al tabú que existe en torno al tema, crean condiciones extremadamente difíciles tanto para quienes necesitan acceder a los servicios de aborto como para quienes los acompañan (Berra et al., 2022).

En este sentido, pensar en un enfoque de cuidado colectivo implica un trabajo en red y una posición política, siendo necesario incluir el intercambio con los grupos de activistas y la lucha por la transformación social a través del desarrollo de legislación favorable y políticas públicas para el acceso al aborto en todas las etapas gestacionales y no solo en el trabajo con profesionales de la salud y acompañantes.

El acompañamiento de un aborto seguro de manera aislada y sin trabajo en equipo conlleva mayores riesgos y vulnerabilidades para quienes lo brindan. Una investigación cualitativa realizada en tres regiones de México evidenció que las personas acompañantes autónomas enfrentan desafíos legales, sociales y emocionales significativamente mayores que aquellas pertenecientes a organizaciones no gubernamentales o colectivas. Estas últimas, al contar con un sistema institucionalizado que incluye capacitaciones, protocolos y recursos de autocuidado, se benefician de una mayor seguridad (Bartman et al., 2020).

En este sentido, es fundamental considerar la tarea de acompañamiento de abortos en tiempos gestacionales avanzados no como una labor unipersonal, sino como un trabajo colectivo y en red con otras organizaciones de acompañamiento. Las redes feministas de acompañamiento, así como las redes de profesionales que asisten en abortos en etapas avanzadas, constituyen una

base esencial para construir una idea alternativa a la del cuidado como algo individual. Esta perspectiva es crucial para mitigar el desgaste ocupacional del personal de salud y de quienes acompañan el acceso al aborto seguro.

Por estas razones, es esencial adoptar un enfoque de cuidado colectivo para proporcionar un apoyo más seguro y eficaz tanto para profesionales y acompañantes como para quienes necesitan acceder a los servicios de aborto. Este enfoque multidimensional, compuesto por diversos elementos, es una herramienta poderosa para mitigar el desgaste emocional y físico inherente a esta labor. Este enfoque permite considerar aspectos con una mirada positiva sobre el acceso al aborto, como la comunicación, el autocuidado, la resiliencia, la sostenibilidad y el trabajo en red, para construir una red de apoyo sólida que no solo proteja a quienes proveen y acompañan, sino que también enriquezca la experiencia de quienes acceden a los servicios.

Para llevar a cabo el proceso de acompañamiento de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados desde el enfoque de cuidados colectivos es esencial integrar algunos elementos:

- ✿ **Comunicación positiva:** Al considerar que las tareas de cuidado no son individuales sino colectivas, es fundamental poder comunicarse asertivamente entre quienes comparten la tarea de acompañamiento o cuidado, así como con las personas que deciden interrumpir su embarazo. Desarrollada por Marshall Rosenberg, la Comunicación No Violenta (CNV) se centra en la empatía y la comprensión mutua, permitiendo que las personas expresen sus necesidades y sentimientos de manera honesta y respetuosa. Permite establecer conexiones significativas con otras personas para manejar los conflictos que surgen en situaciones de estrés y presión. Este tipo de comunicación es esencial para abordar los conflictos de forma constructiva, sin verlos de manera negativa y permitiendo que de ellos surjan acuerdos que fortalezcan el trabajo colectivo. Es crucial que los equipos de acompañamiento trabajen con técnicas que fomenten una comunicación efectiva y constante, transformando las formas tradicionales de interacción por otras que promuevan el respeto y la empatía (Rosenberg, 2006).
- ✿ **Autocuidado y cuidado colectivo:** Existe una relación intrínseca entre el autocuidado y el cuidado colectivo. El autocuidado implica escucharnos y atender nuestras propias necesidades, lo que nos permite conocer nuestros límites. Esta práctica recurrente y permanente es especialmente crucial en el acompañamiento de abortos en tiempos gestacionales avanzados, ya que permite prevenir y, en caso necesario, atender los desgastes e impactos derivados de estas labores. En un diálogo

destinado a construir acuerdos colectivos, es fundamental reconocer y respetar los límites individuales para facilitar la creación de espacios seguros y corresponsables. Además, el reconocimiento de la diversidad de las personas que forman parte de los espacios colectivos permite aprovechar sus distintas fortalezas, perspectivas y habilidades. Respetar estas diferencias fomenta un ambiente en el que todas las personas se sientan valoradas y apoyadas, lo que facilita la colaboración efectiva y la generación de sinergias que enriquecen el trabajo colectivo. Por ello, es esencial practicar el autocuidado y el autoconocimiento. Esto nos ayuda a comprender nuestras propias limitaciones y fortalezas, permitiéndonos contribuir de manera más efectiva al bienestar del grupo y fortalecer la cohesión del equipo. El autocuidado implica no solo reflexión, sino también tomar acción (Iniciativa Spotlight, 2023).

✿ **Sostenibilidad del cuidado:** Dentro del enfoque de cuidado colectivo, la sostenibilidad del cuidado se centra en la capacidad de mantener prácticas de cuidado eficaces y continuas a lo largo del tiempo, sin que esto cause un desgaste excesivo en quienes brindan dicho cuidado. Esto implica implementar estrategias que aseguren un equilibrio entre las demandas laborales y las necesidades personales del personal de salud, creando un entorno que promueva tanto el bienestar individual como el colectivo. Un aspecto clave de la sostenibilidad del cuidado es diseñar prácticas de acompañamiento que puedan sostenerse a largo plazo, evitando que recaigan en una sola persona o profesional. Al operar de manera colectiva, se garantiza la continuidad y la eficacia del acompañamiento, ya que las responsabilidades se distribuyen equitativamente entre los miembros del equipo. Esto permite respetar los límites individuales, prevenir el agotamiento y crear un sistema de apoyo mutuo que fortalece la resiliencia del grupo y mejora la calidad del cuidado brindado. Además, este enfoque permite a quienes acompañan abortos en etapa gestacional avanzada distribuir la responsabilidad de manera adecuada, permitiéndoles tomar los descansos necesarios para evitar el desgaste. Finalmente, este enfoque beneficia a las personas gestantes que solicitan la interrupción del embarazo, ya que se sienten más contenidas y no dependen de una sola persona para recibir el apoyo necesario.

✿ **Trabajo en red:** Dentro del enfoque de cuidado colectivo, es crucial integrar el trabajo en red como un elemento fundamental. Al formar redes de acompañamiento, se garantiza la sostenibilidad del cuidado, donde las demandas de la persona que decide interrumpir su embarazo son abordadas y sostenidas por la red y no por una persona a cargo aislada. Esto es especialmente importante en los abortos en tiempos

gestacionales avanzados, debido a los fuertes estigmas sociales que ejercen presión tanto en las personas gestantes como en los equipos de salud y acompañantes de abortos. Las redes de acompañamiento, en conjunto con el equipo profesional de salud, proporcionan un soporte adicional valioso, fortaleciendo el acompañamiento y ampliando el acceso a recursos y apoyo. Además, trabajar en red permite distribuir las responsabilidades equitativamente entre los miembros del equipo, facilitando la toma de los espacios necesarios para evitar el desgaste.

El cuidado colectivo es un enfoque que respeta la lógica feminista del acompañamiento en abortos, permitiendo que la persona que decide interrumpir su embarazo sea la protagonista de este proceso. Además, asegura que el acompañamiento no dependa de una sola persona y evita que esta se convierta en el único sostén de un proceso complejo. De este modo, se garantiza que las demandas y necesidades sean atendidas de manera integral y sostenidas por el equipo. Este enfoque distribuye equitativamente las responsabilidades entre los miembros del equipo, promoviendo la sostenibilidad del cuidado y un apoyo mutuo que fortalece la cohesión del grupo y/o colectiva.

✿ 2.3. **Técnicas de abordaje del desgaste ocupacional para profesionales de la salud y acompañantes de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados**

✿ **Técnica 1: Reconociendo y abordando el desgaste ocupacional en la práctica del acompañamiento**

✿ **Objetivo:** Reconocer y abordar la existencia del desgaste ocupacional en profesionales de la salud y/o acompañantes de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados desde un enfoque de cuidado colectivo.

✿ **Tiempo estimado:** 60 minutos

✿ **Materiales:** Sillas cómodas o almohadones mullidos

✿ **Actividades:**

1. **Introducción (10 minutos):**

Presentación sobre qué es el desgaste ocupacional y su relevancia para profesionales de la salud y acompañantes de abortos en gestaciones avanzadas.

2. Meditación guiada (20 minutos):

Coordinación de una meditación guiada para que cada participante se conecte con sentimientos o situaciones de su práctica cotidiana al realizar y/o acompañar abortos que generan emociones o síntomas asociados al desgaste ocupacional. Para esto:

- * Pedirles que hagan una ronda y que adopten una postura cómoda. Pueden descalzarse y sentarse en almohadones mullidos sobre el piso o directamente en sus sillas. Es importante pedirles que cierren los ojos y es recomendable poner una música relajante suave para acompañar la meditación.
- * Realizar la meditación guiada con voz suave y tranquila.

3. Reflexión escrita (10 minutos):

Después de la meditación, solicitar que escriban en tarjetas los sentimientos y las situaciones relacionadas con el desgaste ocupacional que pudieron identificar durante la meditación.

4. Discusión y estrategias de autocuidado (20 minutos):

- * Facilitar una discusión grupal donde se comparta voluntariamente lo que escribieron en las tarjetas.
- * Identificar colectivamente estrategias de autocuidado y apoyo mutuo que puedan implementarse para abordar el desgaste ocupacional.
- * Resumir los puntos clave discutidos y enfatizar la importancia del autocuidado y el cuidado colectivo en los acompañamientos de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados.
- * Ofrecer un espacio para preguntas y comentarios.

❖ **Técnica 2: Transformación de la comunicación en los espacios de acompañamiento**

- * **Objetivo:** Ayudar a que cada participante identifique y pueda transformar la comunicación en Comunicación Positiva o No Violenta (CNV) utilizando los principios fundamentales: observación, sentimientos, necesidades y peticiones.

- * **Tiempo estimado:** 60 minutos

* **Materiales:**

- * Pizarrón, pizarra o rotafolios
- * Marcadores, marcadores para pizarra o tizas
- * Hojas de papel y lapiceras
- * Carteles o tarjetas con los principios de CNV: observación, sentimientos, necesidades, peticiones

✿ Desarrollo:

1. Introducción (10 minutos):

- ✿ Breve explicación de los principios de la Comunicación Positiva No Violenta:
- ✿ **Observación:** Describir lo que sucede sin evaluaciones ni juicios.
- ✿ **Sentimientos:** Expresar cómo nos sentimos en relación a lo que observamos.
- ✿ **Necesidades:** Identificar las necesidades que están relacionadas con nuestros sentimientos.
- ✿ **Peticiones:** Hacer solicitudes claras para enriquecer nuestras vidas.

2. Ejercicio de observación (10 minutos):

- ✿ Dividir a las personas en pequeños grupos y proporcionarles una situación laboral hipotética en la que haya comunicación violenta. Por ejemplo: Dos profesionales de la salud tienen una discusión acalorada sobre la mejor manera de manejar una emergencia relacionada con una interrupción de embarazo riesgosa o un evento adverso obstétrico.
- ✿ Pedir a los grupos que identifiquen y escriban las observaciones de lo que está ocurriendo en la situación sin emitir juicios.

3. Identificación de sentimientos y necesidades (15 minutos):

- ✿ Pedir a los grupos que identifiquen los posibles sentimientos de las personas involucradas en la situación y que los escriban en una hoja.
- ✿ Luego, pedirles que identifiquen las necesidades no satisfechas que están relacionadas con esos sentimientos.

4. Transformación a Comunicación Positiva o No Violenta (20 minutos):

- ✿ Indicarle a cada grupo que tome la situación inicial y la transforme utilizando CNV. Deben redactar un diálogo en el que se utilicen los principios de CNV para comunicarse. Por ejemplo:
- ✿ **Observación:** “Noté que durante la emergencia hubo un desacuerdo sobre el procedimiento.”
- ✿ **Sentimientos:** “Siento preocupación porque...”
- ✿ **Necesidades:** “Necesito que trabajemos en conjunto para asegurar la mejor atención.”
- ✿ **Peticiones:** “¿Podrías compartir conmigo tus razones y cómo podríamos mejorar nuestra colaboración?”

5. Presentación y reflexión (15 minutos):

- ✿ Solicitar que cada grupo haga una puesta en común de su diálogo transformado.

- * Reflexionar colectivamente sobre cómo la Comunicación Positiva cambia la dinámica de la comunicación y cómo puede aplicarse en situaciones reales de trabajo.

Conclusión:

Resaltar la importancia de practicar y fomentar la Comunicación Positiva en los espacios de trabajo para crear un ambiente más respetuoso y colaborativo.

*** Técnica 3: Autocuidado: descubriendo y complementando fortalezas y debilidades**

- * **Objetivo:** Identificar las fortalezas y debilidades de cada acompañante dentro del equipo de trabajo y emparejar con el opuesto para complementar el trabajo, fomentando el autocuidado y el apoyo mutuo.

- * **Tiempo estimado:** 60 minutos

*** Materiales:**

- * Tarjetas de dos colores
- * Marcadores
- * Pegamento o cinta adhesiva

*** Actividades:**

1. Introducción (10 minutos):

- * Presentación breve sobre la importancia del autocuidado en el contexto del cuidado colectivo y cómo las fortalezas y debilidades individuales pueden influir en el trabajo en equipo.

2. Identificación de fortalezas y debilidades (15 minutos):

- * Repartir tarjetas de dos colores a cada participante (uno para fortalezas y otro para debilidades).
- * Pedirle a cada participante que piense en sus propias fortalezas y debilidades en el contexto de su rol como acompañante de abortos en tiempos gestacionales avanzados. Proporcionar ejemplos para guiar la reflexión (por ejemplo, buena comunicación, manejo del estrés, empatía, capacidad de organización, etc.).
- * Solicitar que cada participante escriba sus fortalezas y debilidades en las tarjetas correspondientes.

3. Intercambio y emparejamiento (30 minutos):

- * Formar pequeños grupos y pedir que compartan entre sí sus fortalezas y debilidades.
- * Pedir que identifiquen a una persona en el grupo cuya fortaleza complemente su debilidad y viceversa. Si no la encuentran, pensar en conjunto el complemento que necesitarían.
- * Cada par debe discutir y planificar cómo pueden trabajar en equipo para apoyarse mutuamente y compensar sus debilidades.

4. Reflexión y compromiso (5 minutos):

- * Reunir al grupo completo y pedir a los pares que compartan brevemente sus planes de colaboración.
- * Invitar a reflexionar sobre cómo esta actividad puede mejorar el autocuidado y la eficacia del equipo en el futuro.

* **Ejercicio grupal 4: Diseño de seguimiento personalizado y sostenible en situaciones de acompañamiento**

- * **Objetivo:** Diseñar un sistema de seguimiento personalizado para situaciones de acompañamiento en abortos en tiempos gestacionales avanzados que permita la continuidad del acompañamiento sin que recaiga siempre en la misma persona, garantizando así la sostenibilidad del cuidado.

- * **Tiempo estimado:** 30 minutos

* **Materiales:**

- * Rotafolios, pizarra o pizarrón
- * Marcadores, marcadores para pizarra o tizas
- * Tarjetas de colores (una por cada participante)
- * Pegamento o cinta adhesiva

* **Actividades:**

1. Introducción (5 minutos):

- * Breve presentación sobre la importancia de la sostenibilidad del cuidado colectivo y sobre cómo un seguimiento bien diseñado puede permitir la continuidad del acompañamiento sin sobrecargar a un solo individuo.

2. Identificación de necesidades y recursos (10 minutos):

- * Dividir a las personas en pequeños grupos.

- * Pedirle a cada grupo que identifique y liste las necesidades específicas de las personas gestantes en situaciones de acompañamiento de abortos en tiempos gestacionales avanzados.
- * Solicitar que identifiquen los recursos disponibles (humanos, materiales, etc.) que pueden utilizarse para satisfacer estas necesidades de manera grupal.

3. Diseño de seguimiento personalizado (10 minutos):

- * Explicar a cada grupo que debe diseñar un plan de seguimiento personalizado que contemple:
 - * **Relevos:** Planificación de relevos entre acompañantes y profesionales para asegurar que siempre haya alguien disponible sin depender de una sola persona.
 - * **Compartir información:** Estrategias para compartir información relevante sobre el estado y las necesidades de la persona gestante entre los miembros del equipo.
 - * **Intervenciones grupales:** Pensar en intervenciones que se puedan realizar en equipo para garantizar que el acompañamiento sea una responsabilidad compartida y sostenible.

4. Presentación y reflexión (5 minutos):

- * Solicitar a cada grupo que presente al resto su plan de seguimiento.
- * Realizar una reflexión grupal sobre las estrategias propuestas y cómo pueden implementarse de manera efectiva en la práctica cotidiana.

* **Actividad 5: Mapeo de redes de acompañamiento de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados**

- * **Objetivo:** Identificar y mapear las redes de acompañamiento en abortos en tiempos gestacionales avanzados, en cada localidad y a nivel regional, fortaleciendo el trabajo en red dentro del enfoque de cuidados colectivos.

- * **Tiempo estimado:** 30 minutos

* **Materiales:**

- * Mapa de la región (impreso o digital)
- * Rotafolios
- * Marcadores
- * Post-its de colores
- * Tarjetas

* Actividades:

1. Introducción (5 minutos):

- * Breve explicación sobre la importancia del trabajo en red en el enfoque de cuidados colectivos y sobre cómo el mapeo puede ayudar a identificar y fortalecer las conexiones entre diferentes actores y recursos, especialmente en el contexto de abortos en etapa gestacional avanzada.

2. Identificación de actores y recursos (10 minutos):

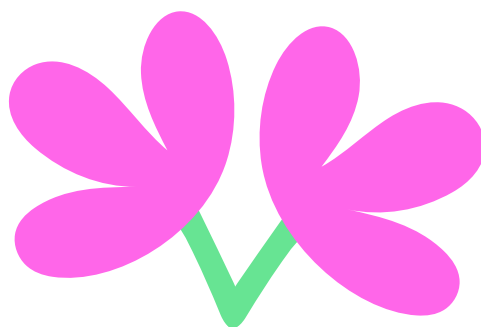
- * Dividir a las personas en pequeños grupos y pedirles que identifiquen los actores y recursos clave en sus respectivas localidades que participan en el acompañamiento de abortos en etapa gestacional avanzada.
- * Pedirles que cada grupo escriba los nombres de los actores y recursos en tarjetas o post-its.

3. Creación del mapa (10 minutos):

- * Pedirle a cada grupo que ubique las tarjetas o post-its en el mapa de la región, según la localidad correspondiente.
- * Usar rotuladores y líneas para conectar los diferentes actores y recursos, mostrando cómo están relacionados y colaboran entre sí en el contexto de abortos en etapa gestacional avanzada.

4. Reflexión y estrategias de fortalecimiento (5 minutos):

- * Reunir a los grupos para discutir brevemente los mapas creados.
- * Reflexionar sobre las conexiones existentes y las áreas donde se pueden fortalecer las redes de acompañamiento en abortos en etapa gestacional avanzada.
- * Discutir estrategias para mejorar la colaboración y el intercambio de recursos a nivel regional, asegurando un acompañamiento integral y continuo para las personas gestantes.





BIBLIOGRAFÍA

- Abortion Rights Coalition of Canada (ARCC) (2017). *Late Term Abortions (after 20 weeks)*. <https://www.arcc-cdac.ca/media/position-papers/-Late-term-Abortions.pdf>.
- Abrams, Z. (2022). The facts about abortion and mental health: Scientific research from around the world shows having an abortion is not linked to mental health issues but restricting access is. *American Psychological Association*, 53(6), p. 40. <https://www.apa.org/monitor/2022/09/news-facts-abortion-mental-health>
- Advancing New Standards In Reproductive Health (ANSIRH) (s. f.). *The Turnaway Study: Long-term effects of denying wanted abortions*. University of California, San Francisco (UCSF). <https://www.ansirh.org/research/ongoing/el-estudio-turnaway>
- Advancing New Standards In Reproductive Health (ANSIRH) (2018). *The mental health impact of receiving vs. being denied a wanted abortion*. University of California, San Francisco (UCSF). https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/mental_health_issue_brief_7-24-2018.pdf
- Advancing New Standards In Reproductive Health (ANSIRH) (2020). *Estudio Turnaway: Bibliografía anotada*. University of California, San Francisco (UCSF). https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/turnaway_study_annotated_bibliography_spa_format_2.pdf
- Alvarado-Ferllini, M., Delgado-Castro, L. G. y Benavides-Villalobos, L. D. (2021). Síndrome de desgaste ocupacional en médicos: una revisión narrativa. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 7(2), pp. 56-62. <https://doi.org/10.56239/rhcs.2021.72.483>
- Ariza Navarrete, S. y MolRe, N. (2025). *Buenas prácticas para la definición de la ruta de los restos biológicos producto de un aborto inducido*. Red Jurídica del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI). <http://clacaidigital.info/handle/123456789/3212>
- Bartman, T., Merandi, J., Maa, T., Cosgrove, T. C. y Brilli, R. J. (2020). Safety II: Un enfoque novedoso para reducir daños. En R. K. Shah y S. A. Godambe (Eds.), *Seguridad del paciente y mejora de la calidad en el cuidado de la salud: Un enfoque basado en casos*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-55829-1_12

- Berra, A. M., Ortiz Ramírez, O., Cabello Montaña, C., y Triay García, S. (2022). *Protocolo de autocuidado y apoyo al proveer y acompañar abortos seguros*. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) y Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). <https://ipasmexico.org/wp-content/uploads/2023/03/IpasLAC-ProtocolodeAutocuidadoAAPAAS4OCT.pdf>
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., y Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 169–178. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>
- Bridgeman, P., Bridgeman, M., y Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(3), pp. 147-152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- Cadge, W., Fox, N. y Lin, Q. (2015). "Watch Over Us Sweet Angels": How Loved Ones Remember Babies in a Hospital Memory Book. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 73(4), pp. 287-307. <https://doi.org/10.1177/0030222815590731>
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2020). *Diez razones para despenalizar y legalizar el aborto temprano*. <https://www.cels.org.ar/common/Diez%20razones%20para%20despenalizar.pdf>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1(8), pp. 139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- Cook, R. J., y Cusack, S. (2010). *Estereotipos de género: Perspectivas jurídicas transnacionales*. Prensa de la Universidad de Pensilvania, Filadelfia. https://www.researchgate.net/publication/263373623_Rebecca_J_Cook_and_Simone_Cusack_Gender_Stereotyping_Transnational_Legal_Perspectives
- Del Giudice, M. (2007). The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A reappraisal of the "denied pregnancy" phenomenon. *Medical Hypotheses*, 68(2), pp. 250-258. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.05.066>

- Donovan, M. K. (2020). Gestational Age Bans: Harmful at Any Stage of Pregnancy. *Guttmacher Policy Review (GPR)*, 23. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr_23.1_v3.pdf
- Ennis, M., Wahl, K., Jeong, D., Knight, K., Renner, R., Munro, S., Dunn, S., Guilbert, E., y Norman, W. V. (2021). The perspective of Canadian health care professionals on abortion service during the COVID-19 pandemic. *Family practice*, 38(1), pp. i30-i36. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab083>
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex) (2007). *Protocolo para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo*. Gobierno Regional de Arequipa. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/568>
- Finer, L. B., Frohworth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S. y Moore, A. M. (2006). Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception*, 74(4), pp. 334-344. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.04.010>
- Foster, D. G. y Kimport, K. (2013). Who seeks abortions at or after 20 weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(4), pp. 210-218. <https://doi.org/10.1363/4521013>
- Furedi, A. (2021). *The moral case for abortion: A defence of reproductive choice*. Palgrave Macmillan Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-90189-9>
- Gagnon, A., Roussin, C., & Dufresne, L. (2021). The Evolution of Abortion Care in Canada. *Family Practice*, 38(1), pp i30-i32.
- Global Doctors for Choice (2016). *El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de la salud*. <https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Stigma-in-abortion-provision-protecting-providers-2.pdf>
- Grossman, D. (2016). *El aborto en el segundo trimestre*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS). <https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/El-aborto-en-el-segundo-trimestre.pdf>
- Harris, L. H. y Grossman, D. (2011). Confronting the challenge of unsafe second-

trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 115(1), pp. 77-79. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.05.018>

Iniciativa Spotlight (2021). *Guía para autocuidado y cuidado colectivo para personas defensoras de derechos humanos, periodistas, madres y familiares de personas desaparecidas y/o víctimas de feminicidio*. Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ONU-DH). <https://hchr.org.mx/wp/wp-content/uploads/2021/08/Guia-Spotlight-Autocuidado-FINAL.pdf>

Iniciativa Spotlight (2023). *Autocuidado y cuidado colectivo: Conceptos y herramientas*. Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ONU-DH). <https://www.spotlightinitiative.org/sites/default/files/publication/2023-08/Autocuidado%20y%20cuidado%20colectivo.%20Conceptos%20y%20herramientas.%20%281%29.pdf>

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo de España (INSST) (2022). *Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales*. <https://www.insst.es/noticias-insst/directrices-basicas-para-la-gestion-de-los-riesgos-psicosociales-ano-2022>

Jenkins, A., Millar, S. y Robins, J. (2011). Denial of pregnancy: A literature review and discussion of ethical and legal issues. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(7), pp. 286-291. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100376>

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2023). *Una mirada crítica a los modelos de regulación de aborto en la región y clarificación de términos jurídicos*. <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2023/03/Definiciones-y-alcances-1.pdf>

Layne, L. L. (1990). Motherhood Lost: Cultural Dimensions of Miscarriage. *Women & Health*, 16(3-4), pp. 69-98. https://doi.org/10.1300/J013v16n03_05

Memmi, D. (2011). *La seconde vie des bébés morts*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.1794>

Mercurio, E. y Maero Suparo, V. (2023). *Negación del embarazo y neonaticidio: características de las mujeres en Argentina (2008-2020)*. Estudios sobre jurisprudencia, Escuela de la Defensa Pública, pp. 214-231. <https://repositorio.mpd.gov.ar/jspui/handle/123456789/4686>

- Murphy Tighe, S. y Lalor, J. G. (2016). Concealed pregnancy: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), pp. 50-61. <https://doi.org/10.1111/jan.12769>
- Nowell, C. (2024). Second trimester taboo. *Lux Magazine*, 10. <https://lux-magazine.com/article/second-trimester/>
- Ogbu-Nwobodo, L., Shim, R. S., Vinson, S. Y., Fitelson, E. M., Biggs, M. A., McLemore, M. R., Thomas, M., Godzich, M. y Mangurian, C. (2022). Mental Health Implications of Abortion Restrictions for Historically Marginalized Populations. *New England Journal of Medicine*, 387(17), pp. 1613-1617. <https://doi.org/10.1056/NEJMms221124>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2009). *A/HRC/11/12: Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Anand Grover* <https://www.ohchr.org/es/documents/reports/report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest-attainable-standard-access-medicines>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/172915/WHO_RHR_15.07_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022a). *CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Guía de Referencia 11ª, revisión*. https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022b). *Directrices de la OMS sobre cuidados e intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357180/9789240052253-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022c). *First-ever country-level estimates of unintended pregnancy and abortion*. <https://www.who.int/news/item/24-03-2022-first-ever-country-level-estimates-of-unintended-pregnancy-and-abortion>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022d). *Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal: material de apoyo para la implementación*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364704/9789240044562-spa.pdf>

- Palomar Vereá, C. (2004). Malas madres: La construcción social de la maternidad. *Debate Feminista*, 30, pp. 12-34. https://debatefeminista.cieg.unam.mx/index.php/debate_feminista/article/view/1046/935
- Parker, R. y Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), pp. 13-24. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)
- Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M. y Capriati, A. (2012). El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 12, pp. 164-197. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872012000600008>
- Planned Parenthood (2023). *El acceso al aborto en América Latina*. <https://www.plannedparenthood.org/es/blog/el-acceso-al-aborto-en-america-latina>
- Raymond, E. G. y Grimes, D. A. (2012). The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 119(2), pp. 215-219. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823fe923>
- Resnick, P. J. (1969). Child Murder by Parents: A Psychiatric Review of Filicide. *American Journal of Psychiatry*, 126(3), pp. 325-334. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.3.325>
- Rondón, M. B. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido*. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). <https://promsex.org/wp-content/uploads/2010/06/Consecuencias-emocionales-psicologicas-aborto-inducido-Marta-Rondon.pdf>
- Rosenberg, M. B. (2006). *Comunicación no violenta: un lenguaje de vida*. Gran Aldea Editores. <https://c15208330.ssl.cf2.rackcdn.com/uploads/public/3f3a23b05a0dcb7e26f24fb69a9d899b.pdf>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2022a). *Fetal Awareness: Updated Review of Research and Recommendations for Practice*. <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/fetal-awareness-updated-review-of-research-and-recommendations-for-practice/>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2022b). *Fetal awareness Evidence review*. <https://www.rcog.org.uk/media/gdtnncdk/rcog-fetal-awareness-evidence-review-dec-2022.pdf>

safe2choose e Ipas (2020). *Encuesta internacional de personas proveedoras y acompañantes de aborto*. <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2021-ResultadosEncuestaResumenEjec.pdf>

Statista (2024). *El aborto en América Latina - Datos estadísticos*. <https://es.statista.com/temas/10230/el-aborto-en-america-latina/#topFacts>

Veyssier-Belot, C. (2015). Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins (Burnout syndrome among physicians). *La Revue de Médecine Interne*, 36(4), pp. 233-236. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2014.09.009>

Wessel, J. y Buscher, U. (2002). Denial of pregnancy: population based study. *BMJ*, 324, p. 458. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7335.458>





clacai
CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO

