

EL ENFOQUE DE CUIDADOS COLECTIVOS COMO ESTRATEGIA ANTE EL DESGASTE OCUPACIONAL DE PROFESIONALES DE SALUD QUE ACOMPAÑAN ABORTOS EN ETAPAS GESTACIONALES AVANZADAS

THE COLLECTIVE CARE APPROACH AS A STRATEGY AGAINST OCCUPATIONAL BURNOUT AMONG HEALTH PROFESSIONALS ACCOMPANYING ABORTIONS IN ADVANCED GESTATIONAL STAGES

Berra, Andrea; Reck, Luciana B.¹

RESUMEN

El presente trabajo sistematiza las características de las consejerías de acceso a IVE/ILE en interrupciones de embarazo de más de 20 semanas en Argentina, Colombia y México. A partir de una revisión bibliográfica y de la observación no participante de tres talleres de capacitación con 30 profesionales de la salud, se describen los enfoques y desafíos que atraviesan estos acompañamientos en contextos donde el aborto es legal. Se identifica que quienes solicitan abortos en etapas gestacionales avanzadas suelen enfrentar situaciones de vulnerabilidad social, económica y psicosocial, lo que requiere prácticas de atención integrales, sensibles y orientadas a la autonomía. El análisis muestra que la estrategia de Cuidados Colectivos ofrece un marco conceptual pertinente para organizar el trabajo de los equipos, promover apoyo mutuo, distribuir responsabilidades y reflexionar sobre el desgaste ocupacional asociado a estas tareas. Esta aproximación permite comprender dimensiones centrales del acompañamiento en abortos avanzados y aporta elementos para fortalecer prácticas sostenibles que atiendan tanto las necesidades de las personas gestantes como las condiciones laborales y emocionales de quienes acompañan.

Palabras clave:

Aborto en gestación avanzada, Desgaste profesional, Cuidados colectivos

ABSTRACT

This study systematizes the characteristics of counseling processes (IVE/ILE) for pregnancies of more than 20 weeks in Argentina, Colombia, and Mexico. Based on a literature review and non-participant observation of three training workshops with 30 health professionals, it describes the approaches and challenges that shape these accompaniment practices in contexts where abortion is legal. Findings indicate that individuals seeking abortions at advanced gestational stages often face social, economic, and psychosocial vulnerability, requiring comprehensive, sensitive, and autonomy-oriented care practices. The analysis shows that the Collective Care strategy offers a relevant conceptual framework for organizing team work, promoting mutual support, distributing responsibilities, and reflecting on the occupational burnout associated with this type of care. This approach helps identify key dimensions of accompaniment in advanced-gestational abortions and provides elements to strengthen sustainable practices that address both the needs of pregnant persons and the working conditions and emotional well-being of the professionals involved.

Keywords:

Advanced gestational abortion, Occupational fatigue, Collective care.

¹Universidad de Buenos Aires UBA, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. Email licandreaberra@gmail.com

El enfoque de cuidados colectivos como estrategia para abordar el desgaste ocupacional en quienes acompañan abortos en etapa gestacional avanzada

INTRODUCCIÓN

La ocurrencia de interrupciones voluntarias del embarazo en etapas gestacionales avanzadas atraviesa todas las regiones y comunidades, con significados diversos e impactos diferenciales en la calidad de vida y en el bienestar psicosocial de mujeres y personas con capacidad de gestar. Estos abortos de más de 20 semanas de gestación, llamados abortos inducidos en etapas avanzadas, han comenzado a visibilizarse a partir de los cambios legislativos recientes y del papel activo que desempeñan redes y organizaciones del movimiento social feminista.

Se entiende por abortos en tiempo gestacional avanzado aquellos abortos inducidos voluntariamente después de las 20 semanas de gestación, cuya práctica presenta mayores barreras de acceso aun en contextos normativos favorables (CLACAI, 2025).

Es importante encuadrar como problema de salud el acceso de las personas con capacidad de gestar con más de 20 semanas de gestación a los servicios de salud reproductiva e IVE/ILE (interrupción voluntaria del embarazo/interrupción legal del embarazo) para remover aquellas barreras existentes que exponen a las personas con capacidad de gestar a abortos en tiempos gestacionales cada vez más avanzados. Si bien las estadísticas muestran que en los países donde existe legislación de acceso a aborto, la mayoría de las interrupciones de embarazo se realizan en las primeras semanas de gestación, antes de la semana 12 de embarazo, el aborto en tiempo gestacional avanzado mayor a 20 semanas de gestación es una problemática de salud presente en toda la región. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), aproximadamente el 90% de los abortos que se practican a nivel global y en América Latina y el Caribe tienen lugar durante las primeras 12 semanas de gestación, es decir, en el primer trimestre del embarazo. Solo cerca del 2% ocurre después de las 18 semanas (OMS, 2022). Aunque reducido, este porcentaje resulta relevante para evidenciar que los abortos inducidos también se presentan en etapas gestacionales más avanzadas y para reflexionar sobre sus implicaciones tanto para las personas gestantes como para los/las profesionales de la salud que actúan en contextos restrictivos y marcados por ser una práctica estigmatizada socialmente.

Previo al año 2021 en Estados Unidos (CDC, 2021), el "Center for Disease Control" reportó 622.108 abortos, de los cuales el 93,5% se realizó antes de la semana 13 de gestación, una proporción menor del 5,7% se realizó entre semana 14 y 20 de gestación y una aún menor proporción del 0,9% luego de la semana 21 de gestación.

Asimismo, en los últimos años, países como México, Colombia y Argentina han ampliado su legislación, garantizando una mejora en el acceso al aborto legal en tiempos gestacionales mayores a 20 semanas.

El acceso al aborto en México es un derecho garantizado, despenalizado por la Corte Suprema de Justicia Nacional y se encuentra legalizado en la mayoría de los estados (Ciudad de México, Oaxaca, Hidalgo, Veracruz, Coahuila, Colima, Baja California, Sinaloa, Guerrero, Baja California Sur, San Luis, Potosí, Zacatecas, Estado de México, Nayarit, Chiapas, Campeche, Yucatán y Tabasco) después de las 12 semanas de gestación en general, 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 los estados locales, con algunas jurisdicciones que permiten excepciones adicionales en circunstancias particulares.

En Colombia, a partir del 2022 con la sentencia C-055 de la Corte Constitucional se despenalizó el aborto inducido hasta la semana 24 de gestación. Esta sentencia permite a las personas gestantes interrumpir su embarazo voluntariamente sin restricciones dentro de ese plazo; luego de esa semana de gestación el aborto es legal únicamente por causales establecidas en la sentencia C-355 del 2006, dichas causales son: peligro para la vida o salud de la persona con capacidad de gestar, malformación fetal inviable y violación. Colombia actualmente es uno de los países de la región con una de las normativas más extendida en su territorio para el acceso al aborto inducido en gestaciones mayores a semana 20 de gestación.

En Argentina, desde la sanción de la Ley 27.610 de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), no existe límite gestacional para el acceso a una interrupción legal (ILE), desde la semana 14 de gestación en adelante el acceso se realiza bajo la certificación de causales (por casualidad de la persona gestante o causal violencia sexual). Con este avance legislativo en Argentina desde el año 2020, la mayoría de las interrupciones de embarazo se realizan de manera ambulatoria y farmacológica, generando que siete a nueve de cada diez solicitudes de IVE se presentan antes de la semana 12 de gestación (Romero, 2024). En este sentido, contar con equipos de profesionales de salud capacitados en técnicas y consejerías de acceso a aborto de más de 20 semanas de gestación, resulta necesario y pertinente, pues la legislación en Argentina incorpora el acceso legal a la ILE con abortos inducidos de más de 20 semanas y es una problemática que si bien no es alta en número de casos, tiene impacto subjetivo y social tanto para la persona gestante como para el equipo de salud que acompaña y realiza el acceso a dicha práctica. Por este motivo, quienes asumen cotidianamente la tarea de acompañar procesos de interrupción de embarazo en etapas gestacionales avanzadas enfrentan el desafío de fortalecer sus competencias profesionales. La capacitación y el entrenamiento son esenciales para acceder a herramientas que permitan mejorar la atención desde una perspectiva integral de la salud, libre de estigmas y orientada al cuidado colectivo. Estas estrategias buscan no solo garantizar la calidad de la atención y el acompañamiento, sino también mitigar los efectos de desgaste profesional que conlleva esta labor.

PROPÓSITO

El presente trabajo se inscribe en un proyecto de investigación-acción desarrollado conjuntamente por el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI) y la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. El proyecto tiene como destinatarios a 30 profesionales de la salud que se desempeñan en servicios de acceso a abortos inducidos y que acompañan a personas con capacidad de gestar en interrupciones del embarazo de más de 20 semanas de gestación, en tres países de América Latina: Argentina, Colombia y México. El estudio se desarrolló durante el año 2024.

El propósito general del proyecto de investigación-acción es contribuir al fortalecimiento del acceso a abortos seguros y legales mediante la identificación de necesidades, desafíos y oportunidades de mejora en los contextos donde estos servicios se desarrollan.

OBJETIVO

El objetivo general del presente trabajo es contribuir a la caracterización de las particularidades de las consejerías en abortos inducidos de más de 20 semanas de gestación que realizan profesionales de la salud en los tres países de la región donde la legislación de acceso a aborto es legal: Colombia, México y Argentina, identificando los enfoques, estrategias y desafíos que atraviesan estos procesos de atención durante el año 2024.

Las consejerías constituyen espacios fundamentales de acompañamiento, contención subjetiva y sostén social, tanto para las personas que deciden interrumpir el embarazo como para quienes las acompañan desde los ámbitos comunitarios e institucionales, configurándose así como un componente esencial en la garantía de un acceso integral y humanizado a la interrupción del embarazo.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del presente estudio se adoptó un enfoque metodológico cualitativo orientado a comprender en profundidad las experiencias y prácticas de profesionales de la salud que atienden interrupciones del embarazo en etapas gestacionales avanzadas (más de 20 semanas) en América Latina. Ante la limitada disponibilidad de datos locales y regionales sobre este tipo de atenciones, se integró una revisión bibliográfica cualitativa con la observación no participante de espacios de capacitación profesional.

La revisión bibliográfica consistió en la identificación, selección y análisis de datos secundarios provenientes de investigaciones previas, documentos técnicos e informes institucionales relevantes para los propósitos del estudio. La búsqueda se realizó en bases de datos académicas reconocidas —como Redalyc, SciELO, Dialnet y Google Scholar— y en fuentes producidas por organismos internacionales vinculados a los derechos humanos y a

la salud sexual y reproductiva, entre ellos la OMS, OPS, CLACAI, safe2choose y otras organizaciones de referencia. Asimismo, se incorporaron materiales provenientes de la Iniciativa Spotlight, desarrollada por la Unión Europea y Naciones Unidas, con el fin de complementar los vacíos de información existentes en la región.

Los criterios de selección bibliográfica priorizaron: (a) pertinencia temática directa con el objeto de estudio —consejerías en abortos en etapas gestacionales avanzadas, desgaste ocupacional en profesionales de salud y enfoques de cuidado colectivo—; (b) producción reciente, con énfasis en publicaciones de los últimos diez años, sin excluir trabajos anteriores de referencia conceptual consolidada; (c) procedencia de fuentes académicas con revisión de pares o de organismos institucionales de reconocida trayectoria en salud sexual y reproductiva; y (d) representación de los contextos nacionales analizados —Argentina, Colombia y México— o de la región latinoamericana en su conjunto.

El trabajo de campo incluyó la observación no participante de tres talleres de capacitación dirigidos a profesionales de salud en Argentina, Colombia y México, países seleccionados por los avances logrados en la despenalización y legalización del aborto y por la relevancia de sus modelos de atención. En total, se registró la participación de 30 profesionales con experiencia directa en la atención de abortos en gestaciones superiores a las 20 semanas.

La sistematización de las observaciones se organizó en torno a ejes temáticos predefinidos a partir de los objetivos del estudio: los enfoques y estrategias de acompañamiento utilizados, los desafíos clínicos e institucionales identificados por los equipos, las dinámicas de intercambio de saberes entre profesionales, y las referencias al desgaste ocupacional y a las estrategias de cuidado colectivo. Para cada taller se elaboraron registros descriptivos durante la observación y notas analíticas posteriores, que fueron luego cotejadas entre las investigadoras para asegurar coherencia interpretativa.

Estas observaciones permitieron analizar las dinámicas de formación, los intercambios de saberes y los desafíos clínicos e institucionales que atraviesan la provisión de estos servicios en contextos latinoamericanos contemporáneos. Todas las personas participantes fueron informadas sobre los objetivos de la investigación y otorgaron su consentimiento para el uso académico de la información recopilada.

DESARROLLO

En el marco de los desafíos que enfrenta la atención de abortos en etapas gestacionales avanzadas —particularmente en relación con las demandas emocionales, éticas y organizacionales que atraviesan a los equipos de salud— resulta necesario explorar enfoques que permitan fortalecer las prácticas de acompañamiento y las condiciones de trabajo de quienes las llevan adelante. En este sentido, el aporte de la estrategia de Cuidados Colectivos, que se presenta durante el desarrollo del trabajo, se configura como un enfoque que facilita el acompañamiento de la persona gestante desde las distintas disciplinas que integran los

equipos de salud. Este enfoque promueve la sostenibilidad y el apoyo mutuo, mitiga el desgaste profesional de quienes acompañan y garantizan al mismo tiempo el cuidado y la protección de la persona que interrumpe el embarazo.

Los acompañamientos o consejerías a personas con capacidad de gestar en situación de abortos inducidos en tiempos avanzados son espacios de encuentro entre profesionales de salud y mujeres o personas gestantes para acceder a un aborto seguro, cuyo objetivo principal es propiciar la toma de decisiones de la persona que consulta fortaleciendo su autonomía de manera consciente e informada, desde un modelo centrado en priorizar un proceso de cuidados en el acceso a abortos seguros.

La idea de proceso expresa el desarrollo de distintos momentos, realizado por una serie de entrevistas personalizadas cuya protagonista es la persona con capacidad de gestar y su singularidad en contexto:

- a. entrevista de inicio,
- b. seguimiento,
- c. cierre
- d. y posterior reencuentro si es requerido según la situación de cada persona que consulta.

Durante este proceso de entrevistas, realizadas desde un enfoque de cuidado con perspectiva de género y derechos, se despliega un vínculo de confianza entre las/os profesionales y la consultante, que propician el intercambio de significados varios, emociones, temores, historias de vida y particularidades de cada persona.

Por esta razón, se considera necesario que quienes realicen las consejerías de acceso a IVE/ILE estén capacitadas/os en enfoque de derechos y perspectiva de género y cuidado colectivo, para propiciar el desarrollo de encuentros que desestigmaticen las prácticas de acceso a abortos en tiempos avanzados, debido a que los acompañamientos en abortos de tiempos avanzados funcionan como espacio que garantiza el derecho de las personas gestantes, en tanto sean espacios de encuentros libres de estereotipos de género, que propicien el cuidado y protección para las personas con capacidad de gestar, de sus decisiones y de su salud integral (física, psicológica y social).

La construcción de servicios de atención de salud con enfoque de cuidados se centra en que las consultantes puedan mantener su intimidad y confiar en las/os profesionales las situaciones de vida que en muchas ocasiones son la primera vez con quien las comparten, como puede ser padecer violencias por motivos de géneros, conflictos familiares con sus adultos mayores en los casos de personas de niñas y/o adolescentes, ambivalencias y temores ante la toma de decisión por entrar en contradicción con creencias religiosas o conservadoras, entre otras.

La confidencialidad incluye el deber de las/os profesionales de salud de proteger la intimidad de la persona y, por tanto, de mantener el secreto profesional de todo lo abordado durante el proceso de los acompañamientos ante cualquier tercero, incluido el cónyuge o ex-cónyuge, los padres u otros familiares o amigos de la persona con capacidad de gestar. (OMS, 2022)

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 la vulneración de las personas con capacidad de gestar a sufrir discriminación y tratos inhumanos por los proveedores de salud.

El incumplimiento de los cuidados en la atención sanitaria suele vincularse a las dinámicas de poder que atraviesan los entornos de salud, particularmente en la relación entre los y las profesionales —portadores de saberes especializados— y las personas usuarias, quienes dependen del sistema de salud para obtener información, orientación y atención clínica. El Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud ha reconocido explícitamente esta asimetría, señalando que en los acompañamientos vinculados a abortos seguros el derecho a la autonomía en la toma de decisiones puede verse condicionado por un “desequilibrio de poder, experiencia y confianza inherente a la relación médico-paciente” (Anand Grover, 2009). En este sentido, resulta indispensable la formación y el entrenamiento de profesionales que trabajan en servicios de interrupción del embarazo, con el fin de fortalecer el reconocimiento de la autonomía y la autodeterminación de las personas con capacidad de gestar como componentes centrales del proceso de entrevista, consejería y acompañamiento en el acceso a un aborto seguro.

Los espacios de encuentro entre profesionales de la salud y mujeres o personas gestantes para acceder a un aborto seguro buscan favorecer procesos de toma de decisiones conscientes e informadas, fortaleciendo la autonomía de quienes consultan desde un modelo de atención centrado en el cuidado. Para que estos propósitos puedan materializarse, los acompañamientos a personas con capacidad de gestar que transitan interrupciones del embarazo en etapas gestacionales avanzadas deberían contemplar, entre otros aspectos (CLACAI, 2025; OMS, 2022):

Escucha activa desde las/os profesionales de salud

Uso de lenguaje acorde a la comprensión de la usuaria, sencillo y respetuoso de sus derechos. Si fuera necesario incorporar en las entrevistas un apoyo social para que sea interlocutor de 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: recordar y explicar el marco legal vigente que regula el procedimiento, enfatizando la seguridad y 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 avanzados: aborto con medicamentos, dilatación y evacuación (DyE) o inducción de asistolia fetal (IAF). Brindar información sobre los riesgos de cada procedimiento, ventajas y desventajas y posibles complicaciones. La elección del procedimiento en general depende del entrenamiento y 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 las preferencias de la

persona con capacidad de gestar, pero esto dependerá de las condiciones sociales y legales en las que se realiza los acompañamientos. En abortos seguros en tiempos avanzados si no se utiliza la inducción de asistolia fetal, el riesgo de supervivencia del feto es posible y debe ser parte de la información a brindar en este proceso (CLACAI, 2025).

Incorporar información sobre anticoncepción para evitar embarazos no intencionales, como en cualquier consejería sobre salud sexual y reproductiva. Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), cualquier método anticonceptivo puede ser utilizado en un breve tiempo luego de una interrupción de embarazo,

Consentimiento informado y secreto profesional: como derechos de la persona con capacidad de gestar. Considerar sus particularidades cuando se trabaja con niñas o menores de edad y asegurar que las personas hayan brindado consentimiento o asentimiento, expresado de manera activa su aceptación y comprensión (OMS, 2022)

Revocación: Se debe informar a la usuaria de 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 (CLACAI, 2025).

Abordaje de los temores y/o miedos referentes a un aborto en tiempos avanzados: supervivencia fetal, dolor fetal durante el procedimiento, dolor físico y emocional de la persona con capacidad de gestar, estigmatización y culpabilización.

Incluir información y despejar dudas y miedos sobre el destino de los restos biológicos o fetales. Es importante abordar en los acompañamientos de abortos inducidos voluntarios en tiempos avanzados la disposición final del feto, la autodeterminación 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 de cómo abordar esta instancia, incluir opciones como incineración, rito funerario o rituales religiosos o culturales que la persona sienta realizar como parte de un cierre emocional y social de este proceso. Todo ello debe ser de acuerdo al contexto normativo de cada país (CLACAI, 2025).

Abordar casos de violencias de género, es crucial derivar a las usuarias a los servicios de protección adecuados de manera oportuna, cuidadosa y efectiva, realizando un seguimiento de los mismos.

Enfoque de acompañamiento de proceso continuo: enfatizar que es un proceso continuo, que acompaña a la usuaria a través de las entrevistas o espacios de encuentro que sean necesarios según las necesidades o particularidades de la usuaria. (Protocolo AAPAAS, 2022)

Soporte psicológico post-aborto: ofrecer seguimiento psicológico en caso de que la usuaria experimente malestar emocional después del procedimiento, como parte del enfoque de cuidados. (OMS, 2022; Protocolo AAPAAS, 2022)

Abordaje del desgaste profesional en profesionales de salud en abortos inducidos en tiempo gestacional avanzado. El trabajo y compromiso de las y los profesionales de salud de abortos seguros que posibilita el acceso de

esta práctica en tiempos gestacionales avanzados puede ser a la par una fuente de generación de desgaste, conocido en general como “*burnout*”, para los/as profesionales y que brindan las consejerías y/o proceso de cuidados de personas con capacidad de gestar en embarazos de más de 20 semanas.

Por este motivo, es primordial abordar esta problemática desde un encuadre de “cuidado a los que 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 se le ha brindado 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 nuestro caso profesionales de salud de servicios de aborto seguro, como respuesta al estrés crónico que surge al trabajar en condiciones de alta tensión emocional, agravadas por 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/os profesionales de salud como para la organización en la que se desarrolla su trabajo.

El desgaste profesional 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 (Protocolo AAPAAS, 2022).

Su aparición se asocia a 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 la aparición de casos de suicidio en proveedores de salud y/o acompañantes (Ullström S; 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), el desgaste ocupacional es el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha podido manejar de manera exitosa. 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 entre colegas del reconocido psiquiatra Freudenberger, al notar cómo los mismos 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 Organización Mundial de la Salud (OMS) la introdujo en el listado de problemas asociados con el empleo o desempleo, pero fue aún unos años después, en el 2022, que fue reconocida como enfermedad laboral y comenzó a entrar en vigor como parte de la

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como “Síndrome de desgaste ocupacional” con el código QD 85 (CIE-11), 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 a estudios estadísticos el personal de salud es uno de los grupos más afectados por el “burnout”. Las y los médicos son las personas cuya salud se ve más afectada por este síndrome, la prevalencia en médicos se estima entre un 25% y un 65%, es decir, dos veces más elevado que en otras profesiones (Veyssier, 2015).

En 1982, la psicóloga Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, y el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia Scotia, crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI) para diagnosticar este padecimiento en el personal de salud. Desde entonces, investigadores han señalado que puede aplicarse a trabajadoras y trabajadores de 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:

1. *Agotamiento emocional*: sentimientos de falta de energía, sentirse constantemente con cansancio, incluso al iniciar el día.
2. *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 los pacientes, pudiendo llegar hasta el cinismo en el trato con las pacientes.
3. *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 mencionados, es decir, se inicia con el agotamiento emocional, las y los proveedores de salud comienzan a volverse apáticos acerca de su trabajo y pierden el interés por situaciones que se presenten durante su día 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 nuestro caso, las personas con capacidad de gestar.

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

Algunos de los síntomas físicos que se presentan con el desgaste ocupacional son (Alvarado-Ferllini, 2021; Bridgeman, 2018, citado en Alvarado-Ferllini, 2021; Veyssier, 2015):

- 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 (Alvarado-Ferllini, 2021; Bridgeman, 2018, citado en Alvarado-Ferllini, 2021; Veyssier, 2015):

- 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, preocupación excesiva, 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.

Es necesario destacar que parte importante de un adecuado abordaje de este problema es saber reconocer su existencia, de ahí que es necesario brindar a las/os profesionales de salud las herramientas y entrenamiento necesario para detectar cuando un/a compañero/a o ellos/as mismos/as presentan un síndrome de desgaste, puesto que es fundamental el apoyo entre colegas y el abordaje desde la organización en la que insertan su trabajo.

Entre las acciones para afrontar el desgaste profesional es importante generar desde lo organizacional espacios de cuidado colectivo para la reflexión y abordaje grupal del malestar laboral.

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

- Implementar programas que involucren organizaciones y demás personal de apoyo, con el objetivo de cuidar la salud mental y física de los trabajadores.

- Estrategias para equilibrar la carga de trabajo.
- Replantear jornadas laborales menos intensas.
- Crear espacios de descanso adecuados en las condiciones ambientales 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 las consejerías de abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados, desde el equipo de investigación de la Catedra I de Salud Pública y Salud Mental y CLACAI, se propone un abordaje que incorpore tres dimensiones: 1) autocuidado o cuidado personal, 2) cuidado entre compañeras y/o equipo de salud y 3) cuidado organizacional, priorizando en las tres dimensiones el enfoque de cuidado colectivo.

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 (Spotlight Initiative, 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 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 las y los profesionales de la salud resulta imprescindible, en tanto constituye un enfoque que facilita el acompañamiento integral de la persona gestante desde las distintas disciplinas que conforman los equipos de salud.

Este cuidado 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 profesionales.

Los contextos restrictivos, el estigma y la sanción social que aún rodean al aborto, debido al desconocimiento o al tabú social 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. (Grupo AAPAAS: Autocuidado y Apoyo para Proveer y Acompañar Abortos Seguros, 2022).

El acompañamiento de un aborto 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 acompañantes autónomas enfrentan desafíos legales, sociales y emocionales significativamente mayores que aquellas pertenecientes a organizaciones no gubernamentales o colectivos. Estas últimas, al contar con un sistema institucionalizado que incluye capacitaciones, protocolos y recursos de autocuidado, se benefician de una mayor seguridad. (Veldhuis, Sánchez-Ramírez y Darne, 2022).

CONCLUSIONES

El enfoque de cuidado colectivo permite reflexionar sobre la importancia del **trabajo en red** y del **posicionamiento político** que implica acompañar el acceso al aborto en América Latina. Desde esta perspectiva, los procesos de acompañamiento en abortos en tiempos gestacionales avanzados pueden comprenderse no como intervenciones individuales, sino como prácticas construidas de manera colaborativa entre profesionales de la salud, redes feministas y organizaciones comunitarias que históricamente han sostenido el acceso al aborto seguro. Estas articulaciones aportan una base conceptual para repensar el cuidado más allá de lo individual y habilitan discusiones sobre posibles modos de mitigar las cargas emocionales y laborales que enfrentan quienes acompañan estas prácticas.

A partir del análisis realizado, se concluye que si bien los cuidados colectivos no pueden presentarse como una solución concluyente al desgaste profesional, sí constituyen un marco útil para comprender y organizar formas de apoyo mutuo, distribución de tareas y construcción de entornos de trabajo más sostenibles. Desde esta lectura, el enfoque de cuidados colectivos, ofrece elementos valiosos para orientar estrategias de fortalecimiento de los equipos, tales como:

Comunicación Positiva: Al considerar que las tareas de cuidado no son individuales sino colectivas, es fundamental poder comunicarnos asertivamente con quienes comparten con nosotros 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. Esto nos 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 manera 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 M.B. 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 todos se sientan valorados y apoyados, lo que facilita la colaboración efectiva y la generación de sinergias que enriquecen el trabajo colectivo. Por ello, es esencial practicar el autocuidado y conocernos a nosotros mismos; 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 sólo reflexión, sino también tomar acción (Spotlight Initiative, 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 de los trabajadores de salud, creando un entorno que promueva tanto el bienestar individual como 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 edad 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 la demanda de la persona que decide interrumpir su embarazo, es abordada y sostenida por la red y no por un profesional aislado. Esto es especialmente importante en los abortos en tiempo gestacional avanzado, debido a los fuertes estigmas sociales que ejercen presión tanto en las personas gestantes

como en los profesionales 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 las decisiones necesarias para evitar el desgaste.

Estas variables —comunicación positiva, autocuidado/cuidado colectivo, sostenibilidad del cuidado y trabajo en red— funcionan como dimensiones analíticas que pueden contribuir a pensar mejores condiciones para quienes acompañan abortos en etapas gestacionales avanzadas, aun cuando no constituyen prescripciones cerradas ni garantizan por sí mismas la reducción del desgaste ocupacional. Su potencial radica en su capacidad para orientar prácticas reflexivas, fortalecer vínculos profesionales y habilitar espacios de apoyo compartido, especialmente en contextos atravesados por fuertes estigmas y exigencias emocionales.

Finalmente, es pertinente señalar que este trabajo tiene un carácter exploratorio y se basa principalmente en el análisis documental y en la sistematización de experiencias observadas. Si bien el enfoque de cuidados colectivos se presenta como una perspectiva valiosa para pensar el acompañamiento en abortos en tiempos gestacionales avanzados y el bienestar de los equipos de salud, será necesario continuar profundizando su estudio mediante investigaciones futuras que amplíen la evidencia disponible. Avanzar en líneas de indagación que articulen metodologías cualitativas y cuantitativas permitirá comprender con mayor precisión su alcance y su potencial aporte en distintos contextos sanitarios de la región.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado-Ferlini, M., Delgado-Castro, L.G., & Benavides-Villalobos, L.D. (2021). Síndrome de desgaste ocupacional en médicos: Una revisión narrativa. *Revista Hispana de Ciencias de la Salud*, 7(2), 56-62.
- Bridgeman, P., Bridgeman, M., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(3), 147-152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Abortion Surveillance Findings and Reports*. <https://www.cdc.gov/reproductive-health/data-statistics/abortion-surveillance-findings-reports.html>
- CLACAI - Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. (2025). *Guía de buenas prácticas para la atención del aborto inducido a partir de 20 semanas de embarazo*. Serie *Los tiempos del aborto* (Documento n.º 5). Ediciones CLACAI.
- Grover, A. (2009). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* (A/64/272). United Nations General Assembly. <https://undocs.org/A/64/272>

- Grupo AAPAAS - Autocuidado y Apoyo para Proveer y Acompañar Abortos Seguros. (2022). *Protocolo de autocuidado para personas proveedoras y acompañantes de abortos seguros*. AAPAAS.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Directrices sobre cuidados e intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar* (Resumen ejecutivo). <https://www.who.int/es/publications/item/9789240052239>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (5.ª ed.). OMS. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/es/
- Romero, M., Keefe-Oates, B., Krause, M., Ramón Michel, A., & Ramos, S. (2024). *Reporte anual 2023: Logros de la política de acceso al aborto y amenazas actuales*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4787>
- Sentencia C-055 (2022). Corte Constitucional de Colombia.
- Sentencia C-355 (2006). Corte Constitucional de Colombia.
- Spotlight Initiative. (2023). *Autocuidado y cuidado colectivo: Conceptos y herramientas*. [https://www.spotlightinitiative.org/sites/default/files/publication/2023-08/Autocuidado%20y%20cuidado%20colectivo%20\(1\).pdf](https://www.spotlightinitiative.org/sites/default/files/publication/2023-08/Autocuidado%20y%20cuidado%20colectivo%20(1).pdf)
- Ullström, S., Andreen Sachs, M., Hansson, J., Ovretveit, J., & Brommels, M. (2014). Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 325-331. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>
- Veldhuis, C., Sánchez-Ramírez, N., & Darne, E. (2022). *Seguridad, redes y riesgos: Experiencias de acompañantes de aborto en México*. Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA.
- Veyssier, C. (2015). Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *Revue de Médecine Interne*, 36(4), 233-236. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2014.09.009>

Fecha de recepción 8 9 2025

Fecha de aceptación 31 10 2025