

# **Abortos seguros en tiempo gestacional avanzado: factores incidentes, estigmas y autonomía.**

Reck Barbara, Luciana y Berra, Andrea.

Cita:

Reck Barbara, Luciana y Berra, Andrea (2025). *Abortos seguros en tiempo gestacional avanzado: factores incidentes, estigmas y autonomía. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/221>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/zR9>

# ABORTOS SEGUROS EN TIEMPO GESTACIONAL AVANZADO: FACTORES INCIDENTES, ESTIGMAS Y AUTONOMÍA

Reck Barbara, Luciana; Berra, Andrea  
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

Este trabajo aborda el acceso a abortos seguros en tiempo gestacional avanzado en América Latina, centrándose en los factores incidentes, los estigmas y el respeto a la autonomía de las personas gestantes. Aunque países como Argentina, Colombia y México han avanzado en su legislación, persisten fuertes desigualdades en el acceso, especialmente después de las 20 semanas de gestación. Se destacan barreras legales, económicas, sociales, y psicológicas, como la negación del embarazo y los efectos de la violencia de género. Además, el estigma social y profesional afecta tanto a quienes deciden interrumpir un embarazo en etapas avanzadas como a quienes los acompañan. La corporalidad fetal, los estereotipos de género y los marcos legales restrictivos refuerzan estas dificultades. El estudio subraya la importancia de reconocer la interseccionalidad en la experiencia de las personas gestantes y resalta que la autonomía y autodeterminación deben ser garantizadas como derechos humanos fundamentales, más allá del momento gestacional. La promoción de un enfoque libre de estigmas y centrado en la justicia reproductiva es clave para lograr un acceso equitativo y seguro al aborto.

## Palabras clave

Aborto en edad avanzada - Autonomía - Estigmas - Justicia reproductiva

## ABSTRACT

SAFE ABORTIONS IN ADVANCED GESTATIONAL AGE: DETERMINING FACTORS, STIGMA, AND AUTONOMY

This paper examines access to safe abortions in late gestation in Latin America, focusing on contributing factors, stigma, and respect for the autonomy of pregnant individuals. While countries like Argentina, Colombia, and Mexico have made legislative progress, substantial inequalities persist, especially after 20 weeks of gestation. Legal, economic, social, and psychological barriers—such as pregnancy denial and gender-based violence—are prevalent. Social and professional stigma affects both those seeking and those providing later abortions. Fetal embodiment, gender stereotypes, and restrictive legal frameworks intensify these challenges. The study highlights the need to understand the intersectional nature of gestational experiences and emphasizes that autonomy and self-determination must be guaranteed as fundamental human rights, regardless of gestational stage. Promoting

a stigma-free and reproductive justice-oriented approach is essential to ensure safe and equitable access to abortion.

## Keywords

Advanced gestational abortion - Stigmas - Autonomy - Reproductive justice

El acceso al aborto en tiempo gestacional avanzado 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 normativas de algunos países y por el gran activismo que caracteriza el trabajo desde las redes y colectivas que brinda 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 tiempo avanzado. Sin embargo, como generalidad debemos reconocer que todavía existen restricciones en el acceso en muchos otros países. Es así que, Perú, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Guatemala, por ejemplo, presentan regulaciones restrictivas, donde el aborto sigue siendo considerado un delito y hasta puede ser penado de cárcel para la persona que toma la decisión de interrumpir un embarazo no intencional. 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 agenda de políticas públicas, con intentos de eliminación del estigma social y de 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, 2024).

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 del embarazo, espontánea o inducida. Históricamente, el término “aborto” ha estado asociado a la penalización y 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.

Cuando hablamos de **aborto en tiempos avanzados** nos referimos a los abortos inducidos voluntariamente después de las 20 semanas de gestación. 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 difusión de información, como la dificultad para encontrar centros de salud y profesionales que realicen la práctica, reunir los recursos necesarios para el procedimiento o cubrir costos asociados, como el transporte. Las personas que solicitan abortos en tiempos 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 mujeres 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.

Según datos de la OMS (OMS, 2022) alrededor 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. De estos abortos, solo alrededor del 2% se realizan después de las 18 semanas de gestación (OMS, 2022). Este porcentaje es sumamente significativo para demostrar la existencia de la ocurrencia de abortos inducidos en tiempos gestacionales avanzados y para considerar su impacto tanto en las personas con capacidad de gestar como en los/as profesionales de salud y acompañantas en contextos restrictivos y estigmatizantes como es gran de la región de América Latina y el Caribe.

La prohibición del aborto a cualquier edad gestacional tiene 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). Estas prohibiciones 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 acceso de personas que se encuentran expuestas a situaciones de vulnerabilidad por vivir de manera forzada un embarazo no deseado o no intencional.<sup>[1]</sup>

### **Factores psico-sociales que indican en los abortos en tiempos avanzados: contextos restrictivos de criminalización**

Acompañar decisiones de interrupción del embarazo en etapas avanzadas implica reconocer realidades que trascienden el marco normativo, pues son historias de vida que muestran la vulnerabilidad y la adversidad de los contextos sociales. Son aquellas personas gestantes que enfrentan contextos de vulnerabilidad social, que sienten temores de ser criminalizadas, temor de estar expuestas a métodos no seguros para abortar por poseer escasos recursos económicos o de accesibilidad territoriales. Muchas han atravesado a traviesan situaciones de violencia sexual, o situaciones de derechos restrictivos por ser migrantes. En este marco, algunas terminan aceptando una maternidad forzada como única opción posible.

Las normas internacionales de derechos humanos, como el Pacto Internacional por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), o la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), reconocen que las personas con capacidad de gestar pueden ser objeto de malos tratos en la atención de su salud sexual y reproductiva, producto de estereotipos negativos, discriminación estructural o contextos restrictivos. (Cook, 2010).

Los estereotipos de género operan reforzando la idea de la maternidad como destino natural, y penalizan —social o jurídicamente— a quienes se apartan de ese mandato. Las mujeres que no desean maternar pueden ser señaladas, culpabilizadas o incluso diagnosticadas. Como advierte Palomar Vereá “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 Vereá, 2004, p. 14). Estas situaciones se agravan en personas pertenecientes a grupos históricamente marginados —por su edad, etnia, situación económica, condición migratoria, orientación sexual o identidad de género—, especialmente en países donde la ILE/IVE está restringida o criminalizada, exponiendo a la población a malos tratos durante la atención en salud sexual. Esta combinación de factores puede llevar a recurrir a abortos inseguros o clandestinos, con consecuencias graves para la salud y la vida.

Diversos hallazgos muestran que quienes buscan un aborto después de la semana 20 suelen encontrarse en contextos de alta vulnerabilidad, como ser madres solteras, 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 et al., 2013). Estas realidades se entienden mejor a través del concepto de **interseccionalidad** (Crenshaw, 1989), que permite analizar cómo se combinan factores como género, clase, etnia o edad en la configuración de la desigualdad. La interseccionalidad es

una herramienta analítica que reconoce que las desigualdades se configuran a partir de la superposición de diferentes factores sociales, por ejemplo, ser mujer negra, migrante, joven, pobre, indígena, etc.

En contextos legales restrictivos, la **denegación de cuidados** en la atención es otra forma de discriminación e incluso puede ser entendida como una forma de violencia institucional. Esta puede manifestarse como maltrato, prácticas médicas innecesarias, falta de analgesia, demoras injustificadas, negligencia, vulneración de la confidencialidad o ausencia de consentimiento informado.

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

Uno de los factores que inciden en los abortos en etapas gestacionales avanzadas es la negación del embarazo, fenómeno más frecuente de lo que comúnmente se cree. Se define como la falta de reconocimiento del embarazo que se extiende más allá de la semana 20, pudiendo llegar incluso al momento del parto (Wessel y Buscher, 2002). Del Giudice (2007) propone denominarlo “embarazo encriptado” o “críptico”. Es fundamental distinguirlo del ocultamiento del embarazo, donde sí existe conciencia del estado gestacional, pero se lo esconde de forma activa (Murphy Tighe y Lalor, 2006).

Aunque puede implicar una falta de conciencia subjetiva, la negación del embarazo debe ser abordada durante las entrevistas de acompañamiento o consejerías, ya que aparece con frecuencia en personas con embarazos no intencionales, en particular cuando son producto de violencias sexuales, como ocurre en niñas y adolescentes.

Contrario a la visión de que la negación del embarazo se trata de un fenómeno raro, Wessel y Buscher (2002) reportaron una incidencia de 1 en 475 embarazos. Otros estudios informan frecuencias similares: 1 en 400 en Austria y 1 en 516 en Estados Unidos (Jenkins, 2011). En casos donde la negación persiste hasta el parto, la tasa se estima entre 1 en 2455 y 1 en 2500, similar a la frecuencia de eclampsia (Beier, 2006).

Miller (2003) ha descrito tres diferentes tipos de negación de embarazo: la negación afectiva, la negación psicótica y la negación generalizada. La negación generalizada o profunda del embarazo se produce cuando no sólo se oculta el significado emocional sino también la existencia misma del embarazo. La negación generalizada es la forma más extrema y grave de negación del embarazo, donde la mujer no es consciente de su estado hasta que irrumpe el parto. En estos casos los síntomas típicos del embarazo como la amenorrea, náusea, vómitos, el aumento de peso, las modificaciones corporales en las mamas pueden no estar presentes o ser malinterpretados. En estos casos de negación profunda las mujeres que no detectan su embarazo hasta el parto son consideradas como mentirosas o bien como pacientes con una enfermedad mental severa (Brezinka et al., 1994). La

negación afectiva del embarazo se produce cuando la mujer es intelectualmente consciente del embarazo, pero se prepara poco emocional o físicamente para el parto. La negación persistente del embarazo se produce cuando la mujer descubre su embarazo en tiempo avanzado, pero no busca atención prenatal.

El estudio considerado (Friedman, 2007) examinó la incidencia de cada subtipo de negación del embarazo y encontró que el 36% tenía negación generalizada, el 11% negación persistente y el 52% negación afectiva. Lo más significativo de esta investigación es que no hubo casos de negación psicótica.

La negación puede estar asociada a altos niveles de estrés y a situaciones de vulnerabilidad estructural, como señala Murphy Tighe y Lalor (2006). Para muchas personas, el embarazo no intencional se vive con miedo, incertidumbre y bloqueo emocional, lo cual puede dar lugar a la negación (Jenkins et al., 2011). Es importante subrayar que la mayoría de los casos no se vinculan con patologías mentales (Jenkins, 2011).

Además, este fenómeno está fuertemente atravesado por situaciones de violencia de género. En los espacios de acompañamiento o consejería, muchas personas reconocen por primera vez que han sido víctimas de violencia sexual, y que el embarazo no intencional resulta de vínculos violentos con parejas, exparejas u otros varones de su entorno. Por ello, la negación del embarazo no debe minimizarse, ya que puede ser un indicador de vulnerabilidad relevante en los casos de solicitud de IVE/ILE en etapas avanzadas, especialmente en contextos de violencia.

### **Estigma asociados a abortos en tiempo gestacional avanzado**

Los estigmas socialmente difundidos en torno al aborto constituyen una de las principales barreras existentes para acceder a los mismos. El estigma asociado con los abortos realizados en más de 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 edad gestacional avanzada, entre otros) se contribuye a desinformar y amplificar el estigma en torno a estas prácticas. Según un análisis del 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, C. n.d.)

En relación a los abortos inducidos de manera autogestiva, persiste el estigma de que dichas 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 el 2020, refiere que más del 95% de las mujeres que abortaron consideran que la decisión de abortar ha sido 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 (Rondon, M. B., 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 previos a la realización de la práctica, lo que indica que no es válido asociar directamente la interrupción del embarazo con la aparición de tales síntomas. Uno de los sufrimientos más significativos que refieren las personas gestantes, es el de sentirse juzgadas por la decisión tomada. Incluso aquellas mujeres que 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 mujeres a las que se les negó el aborto experimentaron más ansiedad y estrés, así como una menor autoestima y menor satisfacción con la vida en comparación con aquellas que pudieron acceder al procedimiento (JAMA Psychiatry, Vol. 74, No. 2, 2017).

Es significativo que no se encontraron mayores consecuencias psicológicas en las mujeres que optaron por un aborto en tiempos 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, 2023). 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 con capacidad de gestar. No obstante, la evidencia indica que las interrupciones legales del embarazo son considerablemente más seguras que el parto. El riesgo de mortalidad asociado con el parto es aproximadamente 14 veces superior al vinculado al aborto.<sup>[2]</sup> De manera similar, la morbilidad general asociada con el parto excede a la del aborto (Raymond & 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 mujer 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 en más de 20 semanas de gestación ha demostrado reducir la morbi-mortalidad asociadas con procedimientos de aborto realizados en condiciones inseguras (Grossman 2016). Por lo tanto, es prioritario mejorar el acceso a la interrupción legal y segura del

embarazo, especialmente en etapas gestacionales avanzadas, para prevenir las situaciones de riesgo asociadas al aborto.

### Corporalidad fetal

El estigma vinculado al aborto en tiempos avanzados se agudiza debido a la corporalidad del feto, lo que da pie a debates sobre los derechos de la mujer frente a los del feto, particularmente en torno a la controvertida noción del “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 Gynecologists (RCOG, Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos), realizó una exhaustiva revisión bibliográfica sobre investigaciones vinculadas a esta idea del sufrimiento fetal, y pudo concluir en 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. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2020).

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 (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022).

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 tardías. La falta de apoyo también proviene de los juicios hacia las mujeres que buscan estas interrupciones del embarazo. (Foster, D. G., & Kimport, K. 2013)

Los profesionales de la salud que realizan abortos en general y aún más en tiempos gestacionales avanzados, pues es un número sumamente reducido en América Latina y en el mundo, siendo en muchas provincias o departamentos un único médico o profesional de la salud, es también objeto de estigmatización. En un estudio realizado con proveedores y acompañantes de abortos en diversas partes del mundo, el 11,8% de los participantes indicó que les resulta difícil hablar abiertamente sobre su labor debido al temor o al juicio social, al trato diferenciado o a la marginalización que podrían experimentar. Asimismo, el 13,7% de los encuestados reportó haber sido discriminado 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 & IPAS 2021).

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, n.d.).

*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 mujer solicite una interrupción del embarazo después de la semana 20 de gestación y de que un 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 un escaso desarrollo y conocimiento sobre el aborto en el segundo trimestre en muchas partes del mundo. (Harris y Grossman 2011)

En este sentido, *los estigmas asociados al aborto en tiempos avanzados, no hacen más que profundizar las desigualdades sociales.*

### Autodeterminación y autonomía

La autonomía, a menudo englobada en el concepto de toma de decisiones informada, es un componente de derechos humanos fundamental de la salud reproductiva.

Por *autonomía* se entiende la capacidad de elegir, de hacer y actuar según las propias decisiones.

Basados en el principio de autonomía, la elección de una mujer 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, incluyen su capacidad para decidir sobre su cuerpo y su vida en cualquier momento del embarazo. (Furedi, Ann. 2016).

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 proveedores de salud que niegan este principio al argumentar que una mujer no debería ser capaz de tomar una decisión moral sobre el futuro de un embarazo porque ya se encuentra avanzado, asalta este principio y, al asaltarlo, asalta la tradición de la libertad de conciencia que existe en la sociedad pluralista moderna (Furedi, Ann. 2016).

En tanto la autonomía se refiere a la legitimidad de decidir por uno mismo, 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 mujeres 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. Este derecho les otorga a las personas gestantes la facultad de decidir sobre su maternidad, incluida la posibilidad de interrumpir el embarazo en cualquier momento constituyéndose, así como un derecho fundamental y esencial para las mujeres (Morales-Pilataxi, Granja-Zurita, & Estupiñán-Ricardo, 2023).

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

*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 con capacidad de gestar a solicitar una interrupción del embarazo en cualquier momento.*

### Hacia una justicia reproductiva integral

El acceso a abortos seguros en tiempos gestacionales avanzados representa uno de los desafíos más complejos en materia de salud y derechos reproductivos en América Latina. Este trabajo ha explorado cómo múltiples factores —legales, sociales, psicológicos, simbólicos y estructurales— inciden en la decisión de interrumpir un embarazo en estas etapas, y cómo tales decisiones se ven condicionadas por contextos de vulnerabilidad, estigmas sociales y desigualdades interseccionales.

Lejos de ser un fenómeno excepcional, los abortos en tiempos avanzados reflejan realidades invisibilizadas: negación del embarazo, violencias de género, barreras de acceso a la información y al sistema de salud, así como estereotipos que imponen a las personas gestantes una maternidad obligatoria. Frente a ello, se vuelve indispensable sostener un enfoque centrado en la **autonomía y la autodeterminación** como pilares éticos y jurídicos ineludibles.

Los estigmas que recaen sobre quienes deciden abortar —y sobre quienes acompañan estas decisiones— no solo generan sufrimiento individual, sino que reproducen un orden social desigual que vulnera derechos. Como se ha expuesto a lo largo de este trabajo, **el impacto en la salud mental es considerablemente mayor cuando se restringe el acceso al aborto, en comparación con la realización del procedimiento**. La imposición de obstáculos legales, sociales o institucionales no solo

genera sufrimiento psíquico, sino que **profundiza el aislamiento y expone a las personas gestantes a prácticas peligrosas, estigmatización y maternidades forzadas.**

Garantizar el acceso a abortos seguros en cualquier etapa del embarazo implica desandar discursos moralizantes, atender las condiciones materiales y simbólicas de quienes atraviesan embarazos no intencionales, y promover un modelo de atención libre de violencia institucional, basado en el respeto y el acompañamiento. Solo en la medida en que se afirme el derecho de cada persona con capacidad de gestar a decidir sobre su cuerpo y su proyecto de vida, será posible avanzar hacia una verdadera justicia reproductiva en la región.

## NOTAS

<sup>[1]</sup> Como es la situación de quienes reciben un diagnóstico de una mal formación fetal en el segundo trimestre del embarazo o más de las 20 semanas de gestación, o quienes son víctimas de violación o para quienes el embarazo pone en riesgo su salud y su vida a partir de esa edad gestacional.

<sup>[2]</sup> 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).

<sup>[3]</sup> La tasa de mortalidad asociada al embarazo en mujeres 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 & Grimes, 2012).

## BIBLIOGRAFÍA

- Abrams, Z. (2023, April 21). 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*. <https://www.apa.org/monitor/2022/09/news-facts-abortion-mental-health>
- Alvarado-Ferlini M, Delgado-Castro LG, Benavides-Villalobos LD. Síndrome de desgaste ocupacional en médicos: una revisión narrativa. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2021; 7(2): 56-62.
- ANSIRH. (2018). Mental Health and Abortion: A Review of the Evidence. Retrieved from [https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/mental\\_health\\_issue\\_brief\\_7-24-2018.pdf](https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/mental_health_issue_brief_7-24-2018.pdf)
- ANSIRH. (n.d.). The Turnaway Study: Long-term effects of denying wanted abortions. University of California, San Francisco. Retrieved November 18, 2024, from [https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/turnaway\\_study\\_brief\\_web.pdf](https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/turnaway_study_brief_web.pdf)
- ANSIRH. (2020). Estudio Turnaway: Bibliografía anotada. University of California, San Francisco. Retrieved November 18, 2024, from [https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/turnaway\\_study\\_annotated\\_bibliography\\_spa\\_format\\_2.pdf](https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/turnaway_study_annotated_bibliography_spa_format_2.pdf)
- ARCC-CDA (2017). *Late Term Abortions*. Abortion Rights Coalition of Canada Recuperado de <https://www.arcc-cdac.ca/media/position-papers/22-Late-term-Abortions.pdf>.

- Beier, K. M., Wille, R., & Wessel, J. (2006). Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 723-730.
- Brezinka, C., Biebl, W., & Kinzl, J. (1994). Denial of pregnancy: Obstetrical aspects. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 15(1), 1-8.
- Bridgeman, P., Bridgeman, M., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Society of Health-System Pharmacists*, 75, 147-152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- Cadge, W., Fox, N., & Lin, Q. (2015). "Watch Over Us Sweet Angels": How Loved Ones Remember Babies in a Hospital Memory Book. *Journal of Death and Dying*, 73(4), 287-307. <https://doi.org/10.1177/0030222815590731>
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2020). *Diez razones para despenalizar el aborto*. Recuperado de <https://www.cels.org.ar/com-mon/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, 139-167.
- Del Giudice, M. (2007). The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A reappraisal of the "denied pregnancy" phenomenon. *Medical Hypotheses*, 68(2), 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 Institute Policy Review*, 23(1), 1-7. Retrieved from [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/gpr\\_23.1\\_v3.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr_23.1_v3.pdf)
- Finer, L. B., Frohworth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2013). Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(2), 101-109. <https://doi.org/10.1363/4521013>
- Foster, D. G., & Kimport, K. (2013). Who seeks abortions at or after 20 weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(4), 210-218. <https://doi.org/10.1363/4521013>
- Friedman, S. H., Heneghan, A., & Rosenthal, M. (2007). Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics*, 48(2), 117-122.
- Furedi, A. (2016). *The moral case for abortion: A defence of reproductive choice*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-41119-4>
- Gagnon, A., Roussin, C., & Dufresne, L. (2021). The Evolution of Abortion Care in Canada. *Family Practice*, 38(Supplement 1), i30-i32. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab088>
- Grossman, D. (2016). El aborto en el segundo trimestre. *Serie Documentos REDAAS*, (5). ISSN 2451-6929. Recuperado de <https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/El-aborto-en-el-segundo-trimestre.pdf>
- Harris, L. H., & Grossman, D. (2011). Haciendo frente al desafío del aborto en el segundo trimestre. *Contraception*, 84(6), 599-603. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.04.004>

- Jenkins, A., Millar, S., & 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), 286-291. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100376>
- Koenen, E. (n.d.). *Negación del embarazo y neonaticidio: características de las mujeres en Argentina (2008-2020)*. Estudios sobre jurisprudencia, 214-231.
- Layne, L. (2003). *Motherhood Lost: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America*. Nueva York - Londres: Routledge. [https://doi.org/10.1300/J013v16n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J013v16n03_05)
- Memmi, D. (2011). La seconde vie des bébés morts. París: EHESS. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.1794>
- Mercurio, E., & Maero Suparo, V. (2023). Negación del embarazo y neonaticidio: características de las mujeres en Argentina (2008-2020). *Estudios sobre Jurisprudencia*, 214-231. Disponible en el repositorio del Ministerio Público de la Defensa: <https://repositorio.mpd.gov.a>
- Miller, L. J. (2003). Denial of pregnancy. In M. G. Spinelli (Ed.), *Infanticide: Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill* (pp. 81-104). American Psychiatric Association Publishing.
- Morales-Pilataxi, H. P., Granja-Zurita, D. F., & Estupiñan-Ricardo, J. (2023). La autodeterminación, soberanía y libertad personal de la mujer frente al aborto. *Iustitia Socialis: Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas y Criminológicas*, 8(Extra 1)
- Mozo Peña, J. (2023). Mecanismos procedimentales para garantizar la disposición de restos fetales del aborto espontáneo mediante el rito fúnebre elegido por la madre acorde a su libertad religiosa y de culto. Facultad de Derecho, Universidad Externado de Colombia.
- Murphy Tighe, S., & Lalor, J. G. (2016). Concealed pregnancy: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 50-61. <https://doi.org/10.1111/jan.12769>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (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. Recuperado de <https://hchr.org.mx/wp/wp-content/uploads/2021/08/Guia-Spotlight-Autocuidado-FINAL.pdf>
- Ogbu-Nwobodo, L., Shim, R. S., Vinson, S. Y., Fitelson, E. M., Biggs, M. A., McLemore, M. R., Thomas, M., Godzich, M., & Mangurian, C. (2022). Mental health implications of abortion restrictions for historically marginalized populations. *New England Journal of Medicine*, 387(17), 1613-1617. <https://doi.org/10.1056/NEJMms2211124>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2022). Directrices de la OMS sobre cuidados e intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión de 2022, resumen ejecutivo. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052239>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2022). Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal: material de apoyo para la implementación [Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation] Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240036666>
- OMS (2023). Clasificación Internacional de Enfermedades para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Guía de Referencia 11a, revisión. CIE-11. Disponible en [https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia\\_CIE\\_11\\_Feb2023.pdf](https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf)
- Palomar Vereá, C. (2004). Malas madres: La construcción social de la maternidad. *Debate Feminista*, 30, 12-34. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2004.30.1046>
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), 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., & Capriati, A. (2012). El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 12, 164-197.
- Planned Parenthood. (2024). El acceso al aborto en América Latina. Recuperado de <https://www.plannedparenthood.org/es/blog/el-acceso-al-aborto-en-america-latina>
- Profamilia. (s.f.). Aborto seguro en Colombia. Recuperado de <https://profamilia.org.co/servicios/aborto-seguro/#:~:text=En%20Colombia%2C%20a%20partir%20del,tipo%20de%20requisito%20o%20condici%C3%B3n>
- Raymond, E. G., & Grimes, D. A. (2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 119(3), 565-572. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823fe923>
- Ralph, L. J., et al. (2017). The Turnaway Study: Women who are denied an abortion and their mental health outcomes. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 155-163. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3318>
- Resnick, P. J. (1969). Child murder by parents: A psychiatric review of filicide. *American Journal of Psychiatry*, 126(3), 325-334. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.3.325>
- Rosenberg, M. B. (2006). La comunicación no violenta. Centro para la Comunicación No Violenta. Recuperado de: <https://c15208330.ssl.cf2.rackcdn.com/uploads/public/3f3a23b05a0dc7e26f24fb69a9d899b.pdf>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). Fetal awareness: Updated review of research and recommendations for practice. Retrieved from <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). (2022). Fetal awareness: Evidence review. Retrieved from <https://www.rcog.org.uk/media/gdtnncdk/rcog-fetal-awareness-evidence-review-dec-2022.pdf>
- Rondón, M. B. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido*. Documento elaborado por encargo del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). Recuperado de <https://promsex.org/wp-content/uploads/2010/06/Consecuencias-emocionales-psicologicas-aborto-inducido-Marta-Rondon.pdf>
- Safe2choose & Ipas (2021) Encuesta internacional de personas proveedoras y acompañantes de aborto: Resumen ejecutivo de resultados. Recuperado de <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2021-ResultadosEncuestaResumenEjec.pdf>

- Spotlight Initiative. (2023). Autocuidado y cuidado colectivo: Conceptos y herramientas. Recuperado de: <https://www.spotlightinitiative.org/sites/default/files/publication/2023-08/Autocuidado%20y%20cuidado%20colectivo.%20Conceptos%20y%20herramientas.%20%281%29.pdf>
- Statista Research Departmen. (2024.). El aborto en América Latina. Statista. Recuperado el 17 de noviembre de 2024, de <https://es.statista.com/temas/10230/el-aborto-en-america-latina/#topFacts>
- Veyssier, C. (2015). Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *Rev Med Interne*, 36(4), 233-236. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2014.09.009>
- Wessel, J., & Buscher, U. (2002). Denial of pregnancy: A population-based study. *BMJ*, 324(7335), 458. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7335.458>
- World Health Organization. (2022, March 24). First-ever country-level estimates of unintended pregnancy and abortion. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news/item/24-03-2022-first-ever-country-level-estimates-of-unintended-pregnancy-and-abortion>
- World Health Organization (2022). CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad (CIE-11 EMM) versión 2018. WHO [Internet]. 2018 [citado 2020 Ene 22]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>