

Abordaje del estigma del proveedor de servicios de aborto: Una implementación piloto del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias en África subsahariana y América Latina

CONTEXTO: En gran parte del África subsahariana y América Latina, el aborto está legalmente restringido y los proveedores de servicios de aborto experimentan estigma y riesgo legal. Se ha demostrado que la intervención grupal del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias reduce el estigma del proveedor en los Estados Unidos, pero no se ha evaluado en otros entornos.

MÉTODOS: Entre 2014 y 2015, el Taller de Proveedores para Compartir Experiencias fue adaptado y puesto a prueba entre 59 proveedores de servicios de aborto de tres países del África subsahariana y 93 proveedores de servicios de siete países latinoamericanos. Los datos de la encuesta recopilados antes, inmediatamente después y seis meses después de cada taller, mediante el uso de elementos originales y escalas adaptadas, midieron el estigma, las actitudes y la seguridad jurídica, así como el compromiso con la defensa y promoción del aborto. Se utilizaron análisis univariados y correlaciones de referencia por pares para medir los cambios en los resultados a través del tiempo y entre la demografía y los resultados. Se utilizaron regresiones lineales de efectos mixtos y modelos multivariantes que controlan las variables demográficas para evaluar los cambios en los resultados a través del tiempo.

RESULTADOS: Seis meses después de la participación en el taller, el estigma total del aborto había disminuido entre los proveedores en África y América Latina (coeficientes beta, -0.2 y -0.4 , respectivamente). Las actitudes desfavorables habían disminuido en África (-0.2) pero no en América Latina, donde las actitudes eran favorables para el inicio; el desgaste emocional y la despersonalización también habían disminuido en África (-2.9 y -1.2 , respectivamente) y la seguridad legal había aumentado (0.8). El aumento del estigma total del aborto se asoció negativamente con la seguridad jurídica, tanto en África como en América Latina (coeficientes beta, -1.9 y -0.6 , respectivamente) y con la defensa jurídica en África (-1.5).

CONCLUSIONES: El Taller de Proveedores para Compartir Experiencias es una intervención prometedora para apoyar a la fuerza laboral de atención del aborto en entornos de África subsahariana y América Latina. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2020, pp. 1–17, <https://doi.org/10.1363/46e8720>

El acceso al aborto seguro es un componente esencial de los derechos humanos internacionales.^{1–6} Aun así, el aborto inseguro persiste, a veces con graves consecuencias. A nivel global, las mejores estimaciones indican que al menos 22,000 mujeres mueren cada año debido a abortos inseguros;⁷ y la gran mayoría de estas muertes ocurren en países en desarrollo y en países con leyes restrictivas de aborto. Muchos aspectos contribuyen a la incidencia del aborto inseguro, incluidas las restricciones legales sobre el aborto y el estigma asociado con el procedimiento.^{8,9} Las restricciones legales sobre el aborto varían en todo el mundo. En África y América Latina, la mayoría de los países permiten el aborto solo en circunstancias limitadas y algunos lo prohíben por completo.^{10,11} Cuando el acceso al aborto dentro del sector médico formal está restringido, algunas mujeres buscan atención al aborto en forma clandestina o autoadministrada, lo que a veces puede considerarse como una opción menos segura o como la menos segura en términos del marco de clasificación de seguridad para el aborto de la Organización Mundial de la Salud.⁹

Algunas organizaciones intentan reducir las consecuencias del aborto inseguro ofreciendo atención postaborto (APA), que incluye tratamiento para el aborto incompleto u otras complicaciones. Sin embargo, incluso con los sistemas de APA implementados, la evidencia muestra que restringir la disponibilidad de servicios proporcionados por proveedores de servicios bien capacitados aumenta la morbilidad y mortalidad relacionadas con el aborto.^{12,13} Además, las restricciones legales, así como las prohibiciones de tipo religioso, aumentan el estigma del aborto de modo que, incluso cuando hay disponibilidad de una atención legal y segura, algunas mujeres pueden preferir buscar formas de servicios de aborto inseguro para preservar su privacidad.¹⁴ Definido por primera vez por Erving Goffman en 1963, el estigma es “un atributo que desacredita profundamente”, que transforma a alguien de ser visto como “una persona completa y normal” a una “corrompida”, a los ojos de quienes la rodean.¹⁵ El estigma del aborto puede afectar a cualquier persona asociada con el procedimiento, desde las personas que buscan servicios de atención de

Por Elizabeth A. Mosley, Lisa Martin, Meghan Seewald, Jane Hassinger, Kelly Blanchard, Sarah E. Baum, Diana Santana, Lina Echeverri, Jenna Garrett, Jesse Njunguru y Lisa H. Harris

Elizabeth A. Mosley es becaria posdoctoral, Facultad de Salud Pública en la Emory University Rollins, Atlanta, GA, EE.UU. Lisa Martin es profesora asociada, Estudios de Políticas de Salud, University of Michigan-Dearborn, Dearborn, MI, EE.UU. Meghan Seewald es gerente de proyecto, Jane Hassinger es líder de programa y Lisa H. Harris es profesora –todas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, University of Michigan, Ann Arbor, MI. Kelly Blanchard es presidenta, Ibis Reproductive Health, Cambridge, MA, EE.UU. Sarah E. Baum es asociada, Ibis Reproductive Health, Oakland, CA, EE.UU. Diana Santana es directora de programas regionales, Lina Echeverri es oficial sénior de aprendizaje de programas y Jenna Garrett es gerente de programas –todas con Planned Parenthood Global, Miami, FL, EE.UU. Jesse Njunguru es consultora independiente, Nairobi, Kenia.

aborto hasta los proveedores de servicios que les ayudan.¹⁴

Las restricciones legales y el estigma pueden afectar profundamente las experiencias de los proveedores de servicios de aborto.^{16,17} Los médicos, y el personal de enfermería y de apoyo que trabajan en regiones donde el aborto está restringido legalmente describen el temor de ser acosados, engañados o arrestados por agentes de la ley.^{18,19} Incluso los proveedores que brindan servicios de aborto lícito y de APA pueden enfrentar amenazas, acoso y estigma²⁰ —este último experimentado en forma de mensajes sociales negativos internalizados, ansiedad por revelar su identidad profesional, aislamiento social, enjuiciamiento, discriminación y violencia.^{17,21} Experimentar el estigma puede disminuir la calidad de vida profesional y aumentar la fatiga por compasión, la insatisfacción laboral y el “agotamiento”, definido como una sensación de agotamiento emocional, despersonalización de los clientes y una sensación reducida de logro personal como resultado del trabajo que uno realiza —todo lo cual amenaza a la fuerza de trabajo dedicada al aborto y la accesibilidad a servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad.²¹ Nuestro enfoque en este estudio es fortalecer y apoyar a la fuerza laboral que brinda servicios de aborto y APA.

Existe una variedad de intervenciones de reducción del estigma para los trabajadores de la salud, incluso para los que cuidan de personas con VIH o SIDA; sin embargo, muchas de estas intervenciones se centran principalmente en la estigmatización de los pacientes por parte de los proveedores de atención, en lugar de las experiencias personales de estigma de los propios proveedores de atención.²²⁻²⁴ Existen pocas intervenciones que se centren en las experiencias de la fuerza laboral de atención del aborto. La intervención de Clarificación de Valores y Transformación de Actitudes alienta a los proveedores de servicios de salud, los encargados de formular políticas y otros participantes a identificar y examinar creencias, actitudes y comportamientos personales específicamente relacionados con el aborto y podría ayudar a evidenciar y reducir las actitudes estigmatizantes;²⁵ sin embargo, sus efectos sobre las experiencias de estigma no han sido estudiados.

El Taller de Proveedores para Compartir Experiencias se desarrolló como una intervención grupal de apoyo para proveedores de servicios de aborto y como una metodología de investigación.¹⁶ En lugar de provocar una autorreflexión individual sobre creencias personales, como lo hacen los talleres de Clarificación de Valores y Transformación de Actitudes, el Taller de Proveedores para Compartir Experiencias alienta a los proveedores de servicios a compartir en un entorno grupal sus experiencias vividas de estigma. La intervención utiliza la narración y los métodos basados en las artes para fomentar la reflexión, la comunicación y el sentido de comunidad. Se basa en teorías psicodinámicas y humanísticas de grupo, que sostienen que a través del proceso grupal, los participantes pueden aumentar su sentido de autoestima y conexión con sus pares.^{26,27} En evaluaciones cualitativas y cuantitativas en los Estados Unidos, donde se desarrolló, se ha de-

mostrado que el taller reduce las experiencias de estigma; fortalece la conexión con los pacientes, con uno mismo y con el trabajo; y mejora la cohesión social y comunicación del equipo.^{17,21,28} Además, los participantes describieron el taller como significativo e importante.

Dados estos efectos positivos documentados y el fenómeno global del estigma del aborto, queríamos evaluar el Taller de Proveedores para Compartir Experiencias en entornos fuera de los Estados Unidos. Nos asociamos con organizaciones no gubernamentales para adaptar, hacer pruebas piloto y evaluar el taller con proveedores de servicios de aborto de tres países de África subsahariana y siete países latinoamericanos donde el aborto está legalmente restringido y el estigma del aborto es generalizado. Debido a la naturaleza controvertida del aborto en estas regiones, nos abstenemos de identificar los países específicos en los que trabajan nuestros asociados y participantes en el estudio. Dos de los países africanos permiten el aborto para salvar la vida de la mujer; el otro también permite el aborto para proteger la salud de la mujer.¹⁰ Cuatro de los países latinoamericanos permiten el aborto para proteger la salud de la mujer; tres permiten el aborto para salvar la vida de la mujer.

Aunque los efectos del estigma del aborto y la restricción legal para las mujeres están bien documentados en ambas regiones, existe escasez de bibliografía sobre las experiencias de los proveedores de servicios con el estigma y la restricción legal. Y aunque el estigma es un fenómeno global, los sociólogos han notado que las manifestaciones particulares del estigma se producen localmente.^{14,29} Intentamos comprender y documentar las formas en que estos entornos legal y socialmente restrictivos configuran las experiencias de los proveedores de servicios de aborto y APA, incluidas las experiencias de estigma y agotamiento. Además, debido a que los grupos estigmatizados también pueden estigmatizar a otros, buscamos comprender las actitudes de los proveedores hacia las mujeres que buscan abortar y su tratamiento. Y dado que los proveedores de servicios de salud pueden desempeñar roles importantes en la defensa legal del aborto,³⁰ evaluamos la disposición de los proveedores de servicios para participar en dicha defensa o apoyarla, así como sus percepciones acerca de los riesgos legales de hacer su trabajo, lo que llamamos “seguridad jurídica”. Se requiere una fuerza laboral sólida que brinde servicios de aborto para garantizar el acceso a una atención de alta calidad y reducir la incidencia de abortos inseguros; nuestro trabajo tiene como objetivo fortalecer y apoyar a esta fuerza laboral al profundizar nuestra comprensión sobre las complejas relaciones entre el estigma del aborto, las actitudes con respecto al aborto, el agotamiento y los entornos legales.

MÉTODOS

Con la finalidad de adaptar el contenido, la estructura y las herramientas de evaluación del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias para este estudio piloto en África subsahariana y América Latina, nos asociamos con

Planned Parenthood Global y Marie Stopes International. Estas organizaciones brindan o apoyan la atención integral de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, el aborto seguro y el APA, en los países seleccionados de África y América Latina, de conformidad con los marcos legales locales.

Adaptación del contenido y la estructura del taller

Durante un período de ocho meses que comenzó en 2014, a través de un proceso iterativo, colaborativo y de múltiples pasos revisamos con nuestros asociados el contenido y la estructura original del taller—que consistía en cinco sesiones grupales facilitadas de 90 a 120 minutos, cada una centrada en un tema específico—. Primero, las organizaciones asociadas seleccionaron representantes para evaluar el material del taller y recibir capacitación como facilitadores. Las personas fueron elegidas porque tenían experiencia previa en el trabajo en grupo y no tenían relaciones de supervisión cotidianas con los posibles participantes del taller, lo que podría afectar negativamente la dinámica del grupo. A continuación, las personas seleccionadas para convertirse en facilitadoras participaron en un Taller de Proveedores para Compartir Experiencias de dos días previo a la prueba piloto en Ann Arbor, Michigan, EE.UU., durante el cual participaron en cada sesión de taller y recibieron capacitación sobre dinámica de grupos y manejo de conversaciones difíciles. Posteriormente, los facilitadores recién capacitados y otros representantes de nuestras organizaciones asociadas proporcionaron retroalimentación sobre cómo cada sesión debía adaptarse a su contexto local.

Después de considerar los comentarios de los asociados, realizamos algunos cambios logísticos en la implementación del taller, manteniendo sus propósitos generales y su estructura emocional. En el modelo original del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias, cada una de las cinco sesiones se realizó con 1 a 2 semanas de diferencia, con la participación de 10 a 20 miembros del personal de un sitio que brinda servicios de aborto. La evaluación previa de un modelo abreviado de taller —que consta de solo 2–3 sesiones, realizadas en un solo día— no mostró cambios significativos en cuanto al estigma u otros resultados de interés.²⁸ Por lo tanto, nos pareció importante retener el total de sesiones porque habían demostrado eficacia tanto en evaluaciones cualitativas como cuantitativas.^{16,21,28} Sin embargo, los sitios de trabajo de los proveedores en nuestros países seleccionados de América Latina y África con frecuencia tenían menos empleados, por lo que para facilitar la participación, adaptamos el taller a manera de retiro de dos días con todas las sesiones e involucrando a participantes de múltiples sitios.

También cambiamos algunos temas de las sesiones en función de las necesidades locales. Por ejemplo, una sesión sobre cómo hacer trabajo con carga política se cambió para centrarse en el significado y la importancia del trabajo de aborto a nivel comunitario. Además, debido a que nuestros asociados indicaron que la alta morbilidad y

mortalidad asociadas con los eventos reproductivos moldearon profundamente su trabajo, cambiamos la sesión sobre pacientes memorables para incluir contenido sobre complicaciones difíciles. En última instancia, los temas de las sesiones adaptadas del taller fueron “Qué significa el trabajo de aborto para mí”, “Manejo del estigma: la decisión de revelar”, “Qué significa el trabajo de aborto para mi comunidad”, “Casos memorables y complicaciones difíciles” y “Una mirada hacia el futuro.”

Adaptación de herramientas de evaluación

Las organizaciones asociadas revisaron una variedad de herramientas de encuestas utilizadas para evaluar el modelo original del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias y sugirieron elementos nuevos o adaptados que son relevantes para los sitios de trabajo de los proveedores en su entorno. Este proceso tuvo como resultado nuestra revisión de las medidas de encuestas existentes sobre el estigma del proveedor de servicios de aborto, el agotamiento del proveedor y las actitudes con respecto al aborto, así como el desarrollo de nuevas medidas para la seguridad jurídica y el apoyo a la defensa legal del aborto. Debido a que diseñamos todos los instrumentos del estudio para satisfacer las necesidades de nuestras organizaciones asociadas, no todas las medidas, elementos o categorías de respuesta fueron idénticas en ambas regiones de estudio (ver Apéndice 1 para consultar detalles completos). Por ejemplo, incluimos medidas de agotamiento en África pero no en América Latina, porque nuestros asociados de América Latina estaban preocupados por los niveles de alfabetización y la fatiga de las encuestas entre los participantes y deseaban reducir la carga de la encuesta. Las organizaciones asociadas evaluaron el significado y la validez aparente de la redacción de todos los elementos, que ajustamos para adaptar el instrumento a las necesidades de alfabetización y comprensión. Un mínimo de cuatro personas por región revisó la redacción de los elementos y llegaron a un consenso sobre la redacción final de las adaptaciones. Siguiendo el consejo de nuestros asociados, tuvimos todos los instrumentos de estudio destinados a América Latina traducidos al español y, para un país de África, a los idiomas locales; conservamos la versión en inglés de los instrumentos para usarlos en los otros dos países africanos. (Las preguntas sobre la traducción de herramientas de encuestas pueden dirigirse a los autores).

• **Estigma del proveedor de servicios de aborto.** En ambas regiones, medimos el estigma del proveedor de servicios de aborto utilizando nuestras versiones adaptadas de la Escala de Estigma del Proveedor de Servicios de Aborto con 35 elementos,²⁸ que evalúa las experiencias de estigma en cinco dominios: gestión de la divulgación, estados internalizados, enjuiciamiento, aislamiento social y discriminación. Para evitar reforzar el estigma, la palabra “estigma” no se incluye en ningún elemento de la escala y se incluyen elementos con marcos positivos y negativos. En la versión utilizada para el modelo original del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias, los elementos se refieren al “trabajo en

la atención del aborto” de la persona encuestada o al hecho de “ser un trabajador del aborto”. En nuestras versiones adaptadas, las frases varían según la ubicación del proveedor de servicios, pero generalmente se refieren a la participación de la persona encuestada en la terminación de un embarazo, para hacer notar que los participantes estuvieron involucrados en una variedad de servicios relacionados con el aborto, incluido el APA. Las frases son un reflejo de la elección de terminología de nuestros asociados, para garantizar la comprensión de los participantes en cada ubicación, independientemente de su nivel personal de participación en la atención del aborto.

Para África, eliminamos un elemento, “Tengo temor de cómo reaccionarán las personas si se enteran de mi trabajo en la atención del aborto”, de la subescala de estigma de gestión de la divulgación porque nuestros asociados consideraron que no era relevante. La escala resultante incluyó 44 elementos. Para América Latina, eliminamos elementos de cada subescala, en función de su relevancia, lo que resultó en una escala que consta de 30 elementos. Las opciones de respuesta para África fueron nunca, rara vez, a veces, con frecuencia y todo el tiempo (codificadas del 1 al 5), mientras que para América Latina fueron nunca, con frecuencia y todo el tiempo (codificadas del 1 al 3); las opciones difirieron debido a problemas de alfabetización y resonancia. Revertimos la codificación de ciertos elementos, de modo que las puntuaciones más altas siempre indicaron niveles más altos de estigma. Calculamos los puntajes de la subescala como la suma de todos los elementos en una subescala dada y el puntaje de estigma de aborto total como la suma de todas las subescalas. La confiabilidad fue aceptable para todas las medidas de subescala (alfas de Cronbach, 0.7–0.9 en África; 0.5–0.7 en América Latina).

• **Actitudes con respecto al aborto.** Para medir el nivel de actitudes negativas de los participantes con respecto al aborto, comenzamos con la Escala de Actitudes, Creencias y Acciones Estigmatizantes de 18 elementos, creada en Ghana y Zambia,³¹ y luego desarrollamos elementos adicionales y originales de actitud ante el aborto sugeridos por nuestros asociados. Recodificamos los elementos, según fue necesario, para que las puntuaciones más altas indicaran actitudes de aborto más negativas. Debido a que estas eran medidas novedosas en ambas regiones, realizamos un análisis factorial exploratorio para identificar subescalas, las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin para la adecuación del muestreo y la prueba de esfericidad de Bartlett para determinar si los elementos eran adecuados para su uso como escalas (ver Apéndice 1).

Pusimos a prueba la capacidad factorizable de 21 elementos en África en una escala de acuerdo basada en cuatro elementos (1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo y 4 = muy en desacuerdo; codificado de manera inversa según fue necesario para que los puntajes más altos indicaran actitudes más negativas). El análisis factorial exploratorio identificó 17 elementos a través de tres factores: falta de apoyo para las mujeres que buscan un aborto, desaprobación de que las mujeres tengan más de

un aborto y avergozamiento de las mujeres que buscan un aborto. Estos factores se interrelacionaron y, por lo tanto, se sumaron para crear una sola medida de las actitudes hacia el aborto. En América Latina, probamos la capacidad factorizable de 26 elementos en una escala de acuerdo de tres puntos (1 = de acuerdo, 2 = algo de acuerdo y 3 = en desacuerdo; codificado de manera inversa según fue necesario para que los puntajes más altos indicaran actitudes más negativas). El análisis factorial exploratorio identificó 14 elementos a través de tres factores: falta de apoyo para las mujeres que buscan el aborto; desaprobación de que las mujeres tengan más de un aborto posterior o adolescente; y temor a ser engañado por las clientas. Estos factores se interrelacionaron, por lo que los sumamos para crear una sola medida (alfa de Cronbach, 0.9 en ambas regiones).

• **Seguridad jurídica y participación en actividades de defensa legal del aborto.** Examinamos las experiencias y percepciones de los proveedores de servicios de aborto con respecto al clima legal para el aborto en sus regiones utilizando 19 elementos para África y 13 elementos para América Latina; las opciones de respuesta para ambas regiones fueron: de acuerdo, indiferente o sin opinión y en desacuerdo (codificados del 1 al 3). Los elementos se recodificaron para que los puntajes más altos identificaran mayor seguridad jurídica y mayor apoyo para la defensa legal. Realizamos un análisis factorial exploratorio para identificar los factores latentes utilizando el mismo protocolo descrito anteriormente y calculamos los puntajes como la suma de todos los elementos en un factor latente dado. En África y América Latina, identificamos dos factores: la seguridad jurídica (es decir, los proveedores están en peligro legal debido a su trabajo) y la voluntad de participar o apoyar la defensa del aborto. En ambas regiones, estos dos factores no estuvieron relacionados a nivel bivariado, por lo que no los combinamos en una sola medida (alfas de Cronbach, 0.9 y 0.7, respectivamente, en África; y 0.6 y 0.7, respectivamente, en América Latina).

• **Agotamiento del proveedor.** Medimos el agotamiento profesional solo en África, utilizando el Inventario de Agotamiento de Maslac, método que fue desarrollado en los Estados Unidos y que ha sido validado con trabajadores de la salud en África.^{32,33} Incluye 22 elementos medidos en una escala de siete puntos (de 0 = nunca a 6 = todos los días) en tres dominios: agotamiento emocional, realización personal y despersonalización. El agotamiento emocional captura la experiencia de haberse extralimitado y estar agotado emocionalmente debido el trabajo; el logro personal evalúa los sentimientos de logro y significado en el lugar de trabajo; y la despersonalización evalúa las respuestas “insensibles” e impersonales hacia los pacientes. Estos tres dominios representan distintos aspectos del agotamiento y los autores de las escalas aconsejan que los puntajes de la subescala no se combinen para obtener un puntaje total.³² Nosotros reemplazamos la palabra “receptores” con “clientes” en todo el índice, pero no hicimos otras modificaciones. Sin embargo, recodificamos y codificamos a la inversa los elementos en subescalas, según

fue necesario, de modo que las puntuaciones más altas indican un mayor agotamiento y un mayor logro personal percibido y calculamos las puntuaciones como la suma de todos los elementos en una subescala dada. La confiabilidad fue aceptable para todas las medidas de la subescala (alfas de Cronbach, 0.56–0.71).

Implementación del taller y recolección de datos

Las organizaciones asociadas seleccionaron los sitios de los talleres y reclutaron participantes para los talleres mediante procedimientos que variaron según el sitio y las preferencias de los asociados, incluidos el correo electrónico, el teléfono y de boca en boca. Todos los empleados que participaron —directa o indirectamente— en abortos o APA eran elegibles, incluido el personal de recepción, los técnicos de laboratorio y ultrasonido, los consejeros, las enfermeras, las parteras y los médicos. La participación en el taller fue opcional y los participantes no recibieron compensación adicional por asistir. Llevamos a cabo nueve talleres separados entre septiembre de 2014 y junio de 2015 —uno en cada uno de los tres países del África subsahariana y dos en cada uno de los tres países latinoamericanos. Cada taller involucró de 15 a 20 participantes; todos los participantes completaron todas las sesiones en cada taller. En total, 152 proveedores de servicios de aborto participaron en los talleres— 59 en África y 93 en América Latina. Todos los participantes en África vivían y trabajaban en los tres países donde se realizaron los talleres; en América Latina, en cambio, algunos participantes viajaron desde otros países, por lo que un total de siete países de la región estuvieron representados.

Después de dar su consentimiento informado, los participantes completaron una encuesta en papel autoadministrada por escrito inmediatamente antes del taller y una encuesta de seguimiento inmediatamente después del taller. Los participantes completaron otra encuesta de seguimiento en papel autoadministrada por escrito seis meses después de la finalización del taller. Los datos de seguimiento a los seis meses fueron recolectados por facilitadores o contactos del taller. Ambas encuestas de seguimiento incluyeron todos los elementos de la encuesta previa al taller y elementos adicionales para evaluar la experiencia del taller. Los facilitadores capacitados o los contactos de la clínica proporcionaron asistencia para el llenado de las encuestas en persona, según fue necesario y recolectaron datos confidenciales. Debido a que las encuestas no recolectaron información personal de identificación, a los participantes se les asignó un número de identificación del estudio, que fue utilizado por el equipo de investigación para vincular las respuestas de cada participante a través de las encuestas. Los procedimientos de recolección de datos fueron aprobados por Chesapeake IRB (ahora Advarra) y el Comité Internacional de Revisión Ética de Marie Stopes. Las Juntas de Revisión Institucional de la Facultad de Medicina de la University of Michigan revisaron los procedimientos de análisis de datos y los consideraron exentos de supervisión porque involucraban datos disociados.

Además de las escalas adaptadas del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias descritas anteriormente, la encuesta inicial preguntó a los participantes acerca de sus características demográficas: género, nivel de escolaridad completado (primaria, secundaria, asociado, licenciatura o posgrado o profesional), edad (18–24, 25–34, 35–44, 45–54 o ≥ 55), asistencia a servicios religiosos (una vez al año o menos, varias veces al año, una vez al mes, 2–3 veces al mes, semanalmente o varias veces a la semana) y confesión religiosa (ninguna, católica, protestante o evangélica, u otra). También se preguntó a los participantes sobre su nivel de experiencia en la atención del aborto; Las opciones de respuesta fueron diferentes en África (≤ 2 años, 3–5 años o ≥ 6 años) y América Latina (< 1 año, 1–2 años o ≥ 3 años), con base en las recomendaciones de nuestros asociados. Las encuestas iniciales también midieron el tipo de trabajo, pero la mayoría de los participantes seleccionaron “otro”, lo que limitó nuestra capacidad de analizar datos basados en esa medida. Por lo tanto, excluimos la medida de nuestros análisis.

Análisis

El equipo del estudio recibió datos disociados para su análisis. Utilizando los datos recolectados en los tres puntos de tiempo descritos anteriormente, medimos los cambios en los resultados a través del tiempo y las correlaciones bivariadas entre la demografía y los resultados; utilizamos modelos de regresión lineal longitudinal (efectos mixtos) para evaluar qué medidas se correlacionaron con los cambios en los resultados a través del tiempo. Dado lo pequeño de las muestras de estas intervenciones piloto, primero determinamos los datos faltantes utilizando la imputación de la media de la persona si un individuo tenía un 80% de datos completos en una subescala particular.

Calculamos el estigma del aborto total y las actitudes de aborto negativas totales como la suma de los datos de la subescala imputada media de la persona, mientras que los participantes con menos del 80% de datos completos fueron excluidos de los análisis. De los 59 participantes africanos y 93 latinoamericanos originales, conservamos y analizamos datos longitudinales y multivariados en 52 (88%) y 75 (81%) participantes, respectivamente.

A continuación, realizamos análisis univariados de todas las variables, excepto de las características demográficas, en sus escalas de medición originales en cada punto de tiempo. Para cada resultado de interés, calculamos posteriormente coeficientes beta no ajustados y no estandarizados para las relaciones bivariadas con el tiempo y la tendencia lineal a través del tiempo, mediante el uso de modelos de regresión lineal de efectos mixtos con efectos aleatorios a nivel de persona, lo que nos permitió evaluar el cambio a nivel de grupo antes y después de la intervención.

Finalmente, construimos modelos de regresión lineal de efectos mixtos multivariados —con efectos aleatorios a nivel de persona— controlando las características demográficas para evaluar los mecanismos de cambio dentro de la intervención; esto nos permitió calcular coeficientes beta ajusta-

dos y no estandarizados. Estos coeficientes muestran cómo un aumento de una unidad en nuestras variables de interés se asoció con cambios en los resultados a través del tiempo—desde el inicio hasta los seis meses posteriores al Taller de Proveedores para Compartir Experiencias— mientras se controlan otros factores. Dichos análisis son más rigurosos que los análisis de sección transversal y pueden representar con mayor precisión posibles vías causales porque los diseños longitudinales establecen la secuencia temporal y el control de factores de confusión además de identificar correlaciones significativas. También realizamos análisis multivariantes utilizando modelos de regresión lineal de efectos mixtos centrados en las relaciones entre el estigma y las actitudes hacia el aborto, con controles en una variedad de medidas demográficas, que incluyen escolaridad, asistencia a servicios religiosos y experiencia laboral. Realizamos todos los análisis con Stata 14.

RESULTADOS

Características de la muestra

Los participantes trabajaban en una variedad de entornos, incluidas clínicas ambulatorias, hospitales privados y oficinas de salud, así como en sus hogares. La mayoría (51–56%) de los participantes en los talleres africanos eran mujeres y tenían entre 25 y 34 años, tenían estudios de secundaria y asistían a servicios religiosos de 2 a 3 veces al mes (Cuadro 1); casi la mitad pertenecía a una confesión protestante o evangélica cristiana y describió su nivel de experiencia en la atención del aborto como alta (47%, para cada uno). La mayoría de los participantes de América Latina eran mujeres, tenían una licenciatura, con edad entre 25 y 34 años, eran católicas y asistían a servicios religiosos varias veces al año (41–85%); una proporción similar de participantes indicó niveles bajos, medios y altos de experiencia en la atención del aborto (25–31%).

Cambios en los Resultados del Proveedor

• *Estigma del proveedor de servicios de aborto.* En ambas regiones, los puntajes iniciales estuvieron aproximadamente a la mitad del rango posible de puntajes. En África, el estigma total del aborto de los proveedores de servicios fue estable desde antes hasta inmediatamente después del taller (puntaje promedio, 103.5 vs. 98.1; Cuadro 2), pero disminuyó seis meses después de la intervención (96.2), al mostrar una tendencia negativa general (coeficiente beta, -0.2). En América Latina, el estigma total del aborto disminuyó de un puntaje promedio de 49.6 al inicio del estudio a 44.7 inmediatamente después del taller y a 44.4 seis meses después, con una tendencia negativa general (-0.4).

Tanto en África como en América Latina, el puntaje promedio de la subescala de los proveedores de servicios de aborto para el manejo de la divulgación fue menor en cada punto de tiempo posterior a la intervención que en el inicio; y la tendencia general para el resultado fue negativa (coeficiente beta, -0.2 para cada uno). El puntaje de los estados internalizados también disminuyó entre cada punto de tiempo en ambas regiones y las tendencias generales

CUADRO 1. Características selectas iniciales de proveedores de servicios de aborto que participaron en implementaciones de prueba piloto del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias, por región, 2015

Características	África Subsahariana		América Latina	
	N	%	N	%
Género				
Hombre	23	39	12	13
Mujer	33	56	79	85
Faltante	3	5	2	2
Escolaridad†				
Primaria	2	3	7	8
Secundaria	30	51	8	9
Asociados	5	8	18	19
Licenciatura	10	17	38	41
Posgrado/Profesional	7	12	21	23
Faltante	5	8	1	1
Edad				
18–24	6	10	3	3
25–34	30	51	27	29
35–44	17	29	25	27
45–54	4	7	19	20
≥55	0	0	15	16
Faltante	2	3	4	5
Asistencia a servicios religiosos				
≤una vez al año	4	7	17	18
Varias veces al año	12	20	35	38
Una vez al mes	5	8	9	10
2–3 veces al mes	32	54	14	15
Semanalmente	4	7	11	12
Varias veces a la semana	0	0	2	2
Faltante	2	4	5	5
Religión				
Ninguno	4	7	11	12
Católica	18	31	69	74
Protestante/Evangélica	28	47	7	8
Otra	7	12	5	5
Faltante	2	3	1	1
Experiencia en servicios de aborto‡				
Baja	10	17	25	27
Media	21	36	31	33
Alta	28	47	29	31
Faltante	0	0	8	9
Total	59	100	93	100

†Indica nivel de escolaridad completo. ‡Para África, bajo=≤2 años, medio=3–5 años y alto=≥6 años; para América Latina, bajo=<1 año, medio=1–2 años y alto=≥3 años. Nota: Los porcentajes pueden no sumar 100 debido al redondeo.

fueron negativas (-0.2 y -0.6). Ambas regiones también mostraron una tendencia general negativa en los puntajes de enjuiciamiento (-0.2 cada una), aunque la disminución en África se volvió significativa a los seis meses de seguimiento, mientras que la disminución en América Latina se volvió significativa inmediatamente después del taller.

• *Actitudes con respecto al aborto.* Las actitudes con respecto al aborto total en América Latina fueron en gran medida favorables al inicio del estudio y se mantuvieron estables en el tiempo. En África, los puntajes de actitud inicial decrecieron aproximadamente a la mitad del rango posible de puntajes y disminuyeron con el tiempo. Las actitudes

totales con respecto al aborto entre los proveedores de servicios de aborto africanos se mantuvieron estables desde antes e inmediatamente después del taller (puntajes promedio, 31.5 vs. 29.4), pero disminuyeron seis meses después (28.6); la tendencia general para el resultado fue negativa (coeficiente beta, -0.2). Los puntajes que evalúan las actitudes poco favorables hacia los clientes disminuyeron inmediatamente después del taller y mostraron una tendencia negativa general (-0.2), lo que indica que las actitudes de apoyo aumentaron durante el período de estudio. Las otras dos subescalas se mantuvieron estables durante todo el período de estudio.

• *Percepciones de seguridad jurídica y participación en la defensa del aborto.* En África, el sentido de seguridad jurídica de los proveedores de servicios de aborto aumentó en general después del taller (coeficiente beta, 0.8), con un puntaje inicial diferente al puntaje a los seis meses (puntajes promedio, 14.7 vs. 16.3), pero no el puntaje inmediato posterior a la intervención. Por el contrario, su disposición a participar en la defensa legal o apoyarla aumentó solo inmediatamente después de la intervención (14.9 vs. 16.4), lo que no dio como resultado un cambio durante todo el período de estudio. En América Latina, las percepciones de los proveedores de servicios de aborto sobre la seguridad jurídica aumentaron seis meses después de la intervención (8.0 vs. 8.7), lo que nuevamente no resultó en un cambio general.

• *Agotamiento del proveedor.* El agotamiento se midió solo en África. Los niveles iniciales indicaron niveles moderados de agotamiento emocional, despersonalización moderada y alto logro personal, según las pautas estándar recomendadas por la herramienta *Maslach Burnout Inventory*. Las puntuaciones de agotamiento emocional disminuyeron de 16.1 al inicio del estudio a 11.4 inmediatamente después del taller y 10.2 después de seis meses; la tendencia general fue negativa (coeficiente beta, -2.9) y significó un cambio de niveles moderados a bajos de agotamiento emocional. La despersonalización disminuyó a los seis meses (puntajes promedio, 7.4 vs. 4.5) y la tendencia general fue negativa (-1.2), lo que indica un cambio de despersonalización de moderada a baja. El logro personal se mantuvo alto y estable durante el período de seguimiento de recolección de datos.

Relaciones entre medidas de resultado a través del tiempo

Nuestros resultados longitudinales se presentan en el Cuadro 3, en donde se observa que un aumento de una unidad en una medida determinada predice el cambio en la variable de resultado desde el inicio hasta los seis meses posteriores a la intervención. En otras palabras, podemos ver cómo los cambios en una variable dada se correlacionan con los cambios en los resultados a través del tiempo. Destacamos los hallazgos más importantes aquí.

En África, observamos una serie de relaciones bidireccionales inversas. Por ejemplo, por cada aumento de una unidad en el estigma total de un proveedor de servicios de aborto entre el inicio y seis meses después del taller, su

CUADRO 2. Puntajes medios de escala y subescala que indican niveles de los proveedores de servicios de aborto en cuanto al estigma del proveedor de servicios, actitudes ante el aborto, seguridad jurídica y defensa legal del aborto y (solo en África) agotamiento del proveedor, por punto de tiempo de la encuesta; y coeficientes beta a partir de modelos de regresión bivariada de efectos mixtos que evalúan los cambios en los resultados a través del tiempo

Escala/subescala	Rango	Punto de tiempo 1	Punto de tiempo 2	Punto de tiempo 3	Tendencia lineal
AFRICA SUBSAHARIANA (N=59)					
Total de estigma del proveedor de servicios†					
Gestión de la divulgación	41–205	103.50	98.13	96.23*	-0.18†
Estados internalizados	9–45	21.88	19.09*	18.89**	-0.20††
Enjuiciamiento	12–60	28.34	24.94**	25.75*	-0.23†††
Aislamiento social	13–65	33.06	30.76	29.55*	-0.19†
Discriminación	5–25	16.69	16.42	16.11	-0.05
	2–10	6.59	6.67	6.02	-0.07
Total de actitudes ante el aborto					
Falta de apoyo a las clientas de aborto	17–68	31.49	29.37	28.57*	-0.20†
Desaprobación de más de un aborto	5–20	9.18	8.29*	7.74**	-0.24††
Avergonzamiento de las clientas de aborto	2–8	5.21	5.38	4.93	-0.09
	10–40	17.03	15.77	15.89	-0.13
Seguridad jurídica y participación en la defensa del aborto					
Seguridad jurídica	7–21	14.69	14.26	16.28**	0.76††
Voluntad de participar en la defensa legal o apoyarla‡	6–18	14.90	16.41**	15.67	0.47
Agotamiento del proveedor					
Agotamiento emocional	0–54	16.12	11.43***	10.19***	-2.92†††
Logro personal	0–48	40.68	41.29	40.15	-0.11
Despersonalización	0–30	7.44	7.32	4.50**	-1.21††
AMÉRICA LATINA (N=93)					
Total de estigma del proveedor de servicios§					
Gestión de la divulgación	29–87	49.63	44.69***	44.41***	-0.38†††
Estados internalizados	4–12	7.55	7.08*	6.63***	-0.22†††
Enjuiciamiento	8–24	12.62	10.14*	10.22***	-0.56†††
Aislamiento social	10–30	17.84	16.92**	16.66***	-0.19†††
Discriminación	4–12	7.83	7.37	7.62	-0.04
	3–9	3.17	3.15	3.22	-0.05
Total de actitudes ante el aborto¶					
Falta de apoyo a las clientas de aborto	14–42	18.60	17.95	18.49	-0.02
Desaprobación de más de un aborto, abortos tardíos y de adolescentes§	7–21	8.13	7.9	8.31	0.05
Temor a ser engañados por las clientas	5–15	6.90	6.47	6.65	-0.07
	2–6	3.62	3.71	3.51	-0.05
Seguridad jurídica y participación en la defensa del aborto					
Seguridad jurídica	5–15	8.04	8.03	8.68*	0.31
Voluntad de participar en la defensa legal o apoyarla‡	3–9	8.53	8.43	8.50	-0.02

*Significativamente diferente del punto de tiempo 1 a $p < .05$. **Significativamente diferente del punto de tiempo 1 a $p < .01$. ***Significativamente diferente del punto de tiempo 1 a $p < .001$. †Cambio de punto de tiempo 1 a punto 3 significativo a $p < .05$. ††Cambio de punto de tiempo 1 a punto 3 significativo a $p < .01$. †††Cambio de punto de tiempo 1 a punto 3 significativo a $p < .001$. ‡N=58. §N=90. ¶N=92. Notas: Punto de tiempo 1, Punto de tiempo 2 y Punto de tiempo 3 representan la línea de base, inmediatamente después del taller y seis meses posteriores al taller, respectivamente. Los coeficientes Beta no están estandarizados ni ajustados. Los modelos no controlan otras covariables.

sentido de seguridad jurídica disminuyó en 1.9 unidades durante el período (coeficiente beta, -1.9); al mismo tiempo, por cada aumento de una unidad en el sentido de se-

CUADRO 3. Coeficientes Beta de los análisis de regresión lineal para evaluar las relaciones entre las medidas de resultados de inicio a seis meses después del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias

Medida	Total de estigma del proveedor de servicios	Total de actitudes ante el aborto	Seguridad jurídica	Voluntad de participar en la defensa legal	Agotamiento emocional	Despersonalización
AFRICA SUBSAHARIANA (N=52)						
Escala de medición						
Total de estigma del proveedor de servicios	na	0.07	-1.93***	-1.47***	-1.36	0.33
Total de actitudes ante el aborto	0.10	na	-0.23	-1.12***	1.23	1.12
Seguridad jurídica	-0.12***	-0.02	na	-0.24**	-0.65**	-0.13
Voluntad de participar en la defensa legal o apoyarla	-0.15***	-0.12***	-0.42**	na	-0.58	-0.01
Agotamiento emocional	-0.02	0.01	-0.13**	-0.06*	na	0.19**
Logro personal	-0.02	0.00	-0.06	-0.01	-0.09	-0.03
Despersonalización	0.01	0.02	-0.03	-0.01	0.39**	na
Características demográficas						
Edad	-0.07	-0.10	-0.40	-0.29	0.49	0.48
Mujer	-0.04	-0.10	0.84	-0.52	-0.34	1.01
Educación	0.24***	-0.07	0.50	0.12	1.17	-0.60
Asistencia a servicios religiosos	-0.01	0.15*	-0.45	-0.10	-0.95	-0.83
Experiencia en servicios de aborto:						
Baja	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Media	-0.20	-0.05	-1.27	0.05	2.86	-4.24**
Alta	-0.19	-0.34	-0.86	-0.60	3.73	-3.87
AMÉRICA LATINA (N=75)						
Escala de medición						
Total de estigma del proveedor de servicios	na	0.15	-0.61**	-0.01	na	na
Total de actitudes ante el aborto	0.14	na	-0.40	-0.22***	na	na
Seguridad jurídica	-0.07**	-0.05*	na	0.01	na	na
Voluntad de participar en la defensa legal o apoyarla	-0.04	-0.33***	0.10	na	na	na
Características demográficas						
Edad	-0.01	0.00	0.03	0.01	na	na
Mujer	0.47	-0.15	0.08	0.29	na	na
Educación	-0.21**	0.02	-0.49*	-0.09	na	na
Asistencia a servicios religiosos	0.00	-0.04	0.51**	0.09	na	na
Experiencia en servicios de aborto:						
Baja	ref	ref	ref	ref	na	na
Media	-0.16	-0.23	0.04	-0.28	na	na
Alta	-0.03	-0.01	0.40	0.16	na	na

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. #Para África, bajo= ≤ 2 años, medio=3-5 años y alto= ≥ 6 años; para América Latina, bajo= < 1 año, medio=1-2 años y alto= ≥ 3 años.
 Notas: Los coeficientes Beta no están estandarizados ni ajustados. El aumento de una unidad en una medida dada predice el cambio indicado en la variable de resultado. ref=grupo de referencia. na=no aplica.

guridad jurídica del proveedor de atención, el estigma total del proveedor de aborto disminuyó en 0.1 unidades (-0.1). Dichas relaciones bidireccionales también se encontraron entre el estigma total del proveedor de servicios de aborto y la voluntad de participar en la defensa legal o apoyarla (-1.5 y -0.2, respectivamente), el agotamiento emocional y la seguridad jurídica (-0.1 y -0.7), así como las actitudes con respecto al aborto y la disposición para participar en la defensa legal y apoyarla (-1.1 y -0.1). Dicho de otra manera, a medida que el estigma y el agotamiento emocional disminuyeron después del taller, aumentó el apoyo para la defensa legal y la sensación de seguridad jurídica; y, a medida que las actitudes negativas sobre el aborto disminuyeron después del taller, aumentó el apoyo para la defensa legal.

Además, observamos una relación bidireccional positiva entre el agotamiento emocional y la despersonalización (coeficientes beta, 0.2 y 0.4, respectivamente). También, los análisis de las subescalas de estigma y actitud muestra-

ron que las actitudes que no apoyan al aborto se asociaron con un mayor estigma del proveedor de servicios de aborto internalizado (no se muestra). Finalmente, con respecto a las diferencias demográficas en los resultados a través del tiempo, encontramos asociaciones positivas entre la escolaridad y el estigma del aborto (0.2) y entre la asistencia a servicios religiosos y las actitudes negativas ante el aborto (0.2) y también una asociación negativa entre tener un nivel medio de experiencia en atención del aborto (en relación con un nivel bajo) y la despersonalización (-4.2).

En América Latina, observamos relaciones bidireccionales inversas entre el estigma del aborto y la seguridad jurídica (coeficientes beta, -0.6 y -0.1) y entre las actitudes negativas ante el aborto y el apoyo a la defensa legal (-0.2 y -0.3); además, la seguridad jurídica se asoció negativamente con las actitudes negativas ante el aborto (-0.1). Los análisis de las subescalas de estigma y actitud mostraron que un aumento en las actitudes negativas ante el aborto en general y las actitudes negativas con respecto a

los abortos múltiples, se asociaron positivamente con el estigma (no se muestra); el aumento del estigma internalizado se asoció con un aumento general de las actitudes negativas ante el aborto en general, con las actitudes carentes de apoyo y las actitudes negativas con respecto a los abortos múltiples. Finalmente, encontramos asociaciones negativas entre ciertas diferencias demográficas en los resultados a través del tiempo —estigma educativo y aborto (-0.2) y percepciones de seguridad jurídica (-0.5)— y una asociación positiva entre la asistencia a servicios religiosos y la seguridad jurídica (0.5).

DISCUSIÓN

En nuestra evaluación de una adaptación piloto del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias para proveedores de servicios de aborto en África Subsahariana y América Latina, observamos que la intervención se asoció con reducciones en el estigma total del aborto, así como con componentes específicos del estigma tales como la gestión de la divulgación, el estigma internalizado y el enjuiciamiento. También encontramos relaciones importantes —no documentadas previamente— entre las experiencias de estigma de los proveedores de servicio y sus propias actitudes estigmatizantes hacia las mujeres que buscan servicios de aborto. Nuestros resultados muestran que el estigma está ligado a sentimientos de peligro legal, así como a la voluntad de participar en la defensa del derecho al aborto, lo que respalda la expectativa de que el estigma y la restricción legal se cruzan y que ambos afectan profundamente las experiencias de los proveedores de servicios.

Con estos hallazgos, pudimos generar un nuevo modelo conceptual de cómo funciona la dinámica del estigma y la restricción legal en la atención del aborto y la APA (ver Apéndice Figura 1a). Este modelo añade mayor complejidad a un modelo conceptual desarrollado a partir de la investigación realizada en los Estados Unidos.¹⁷ Ilustra las formas en que se genera el estigma en múltiples esferas socioecológicas, incluidos el discurso público, la ley, las instituciones como hospitales e iglesias, las comunidades y la propia clínica de aborto. Las investigaciones anteriores sobre la metodología del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias han demostrado que el estigma puede influir en múltiples dimensiones de las experiencias de los proveedores de servicios de aborto, en particular, en las decisiones sobre la divulgación del trabajo de aborto y las percepciones de enjuiciamiento, aislamiento y discriminación.^{17,25} Nuestro estudio hace eco de estos hallazgos; sin embargo, también pudimos demostrar que algunos proveedores tienen actitudes negativas hacia las mujeres que buscan abortar. Parece, entonces, que hacer un trabajo estigmatizado no inmuniza a los proveedores de servicios de aborto de tener actitudes estigmatizantes. Además, observamos que las experiencias de estigma internalizado de los proveedores están relacionadas con sus actitudes hacia las mujeres que buscan el aborto. En otras palabras, la forma en que los proveedores de servicios se sienten acerca de sus clientas está vinculada a su propia autoimagen. En África,

observamos que las personas participantes en el taller desarrollaron actitudes más favorables hacia las clientas de aborto a través del tiempo, lo que implica que el taller puede funcionar de manera similar a otras intervenciones dirigidas a mejorar las actitudes estigmatizantes de los proveedores de servicios de salud hacia sus clientas.²⁹

Nuestros hallazgos sugieren que la restricción legal no es el único predictor de sentimientos de peligro legal; el estigma del aborto también afecta el sentido de riesgo legal de los proveedores, algo que no se había documentado anteriormente en investigaciones previas del Taller de Proveedores para Compartir Experiencias. Cuando el estigma disminuye —incluso sin que cambie el clima legal— los sentimientos de peligro legal también disminuyen. Entonces, aunque parezca evidente que trabajar en un clima legalmente restringido crea una sensación de peligro legal, la relación podría no ser simple y directa; el estigma también juega un rol en esto.

Investigaciones previas realizadas en los Estados Unidos sugieren que las experiencias de estigma de los proveedores de servicios están asociadas con una variedad de cargas individuales y del sistema de salud, que incluyen el agotamiento, la rotación de personal y el reducido personal en los centros de atención de aborto.¹⁷ Nuestro análisis muestra una dinámica similar y sugiere una dimensión adicional: que la carga individual del estigma incluye sentirse relativamente impotente para alterar las condiciones legales (dadas las relaciones inversas entre el estigma del aborto y el apoyo a la defensa legal). Llamamos a este fenómeno “desconexión legal” en nuestro modelo conceptual de la dinámica del estigma y la restricción legal. Tal desconexión probablemente es un reflejo de preocupaciones bien fundadas sobre la seguridad, la acusación penal y otras amenazas.

Cuando los proveedores de servicios de aborto participan en el Taller de Proveedores para Compartir Experiencias, la dinámica del estigma y la restricción legal cambian potencialmente (ver Apéndice Figura 1b). Debido a que el taller es a la vez una herramienta de investigación para aprender sobre las experiencias de los proveedores de servicios y una intervención para mejorar esas experiencias, podemos usar los cambios que observamos para sugerir dónde y de qué manera el taller es efectivo. El Taller de Proveedores para Compartir Experiencias permite a los participantes dar voz a sus experiencias, conectarse con otros colegas y recibir apoyo. Al hacerlo, el taller parece alterar las relaciones de estigma de los proveedores —durante al menos hasta seis meses después de su participación. De manera consistente con los hallazgos de la investigación realizada en los Estados Unidos, nuestro estudio sugiere que la participación en el taller se asocia con mejoras en tres dominios de la experiencia de estigma del proveedor de servicios: disposición a revelar el trabajo de aborto, reducción del estigma internalizado y disminución del enjuiciamiento percibido de otras personas.¹⁷ Digno de mención es el hecho de que las disminuciones más importantes en el estigma se produjeron en el dominio del estigma

ma internalizado. En esta y en investigaciones anteriores, los dominios de la discriminación y el aislamiento social debidos al estigma no cambiaron después del taller, probablemente porque la intervención no aborda los entornos externos en los que trabajan los proveedores, incluidas las interacciones cotidianas en las que la discriminación y el aislamiento se generan. En África, la participación en el Taller de Proveedores para Compartir Experiencias parece aumentar las actitudes de apoyo hacia las mujeres que buscan abortar. Esto es particularmente prometedor, debido a que en África se han documentado actitudes estigmatizantes hacia el aborto entre los proveedores de servicios de salud,³⁴ donde se les ha considerado como barreras importantes para la atención del aborto de alta calidad.³⁵ En contraste, cuando las mujeres en África reciben servicios de aborto de proveedores con actitudes acogedoras y de apoyo, perciben que los servicios son de alta calidad y satisfactorios.³⁶ No observamos este cambio en las actitudes en América Latina, probablemente porque las actitudes de antemano eran favorables al inicio del estudio.

Después de los talleres realizados en África, observamos cambios positivos en el agotamiento —agotamiento emocional, en particular— y en el tratamiento despersonalizado de las pacientes, lo que interpretamos como un mayor compromiso profesional. También encontramos un mayor apoyo para participar en la defensa legal, lo que sugiere que un sentido de comunidad entre los proveedores de servicios podría ser un componente importante de la voluntad de participar en el trabajo de defensa del aborto. Nuestros hallazgos apuntan a una posible conexión directa entre la sensación de riesgo legal y el agotamiento: en África, una mejor percepción de la seguridad jurídica se asoció con una disminución del agotamiento emocional y la despersonalización hasta seis meses después del taller. Esto tiene sentido, dados los altos niveles de estrés que probablemente acompañan a la amenaza de posibles consecuencias legales por hacer su trabajo. Observamos que una mejora en cualquiera de los indicadores de agotamiento se correlacionaba con una mejora en el otro; parece que, incluso sin cambiar los entornos externos, el Taller de Proveedores para Compartir Experiencias podría cultivar un sentido de seguridad jurídica, reducir el estigma, ofrecer sentido de comunidad y apoyo y, subsecuentemente, reducir la carga del agotamiento profesional. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para la resiliencia y la sostenibilidad de la atención a nivel del sistema de salud, aunque se debe trabajar más para determinar si los cambios persisten por más de seis meses después de la intervención.

Limitaciones

Nuestra investigación tiene algunas limitaciones. Este es un estudio piloto con una muestra pequeña, no representativa, que limita la generalización. En algunos casos, el tamaño del efecto de la intervención es modesto y no dejan en claro qué constituye un cambio significativo en el estigma, las actitudes, el clima legal o el agotamiento. Los reducidos tamaños de la muestra limitaron nuestra capaci-

dad para detectar efectos en los modelos multivariantes de efectos mixtos y análisis factoriales; por lo tanto, el hecho de que hayamos podido documentar muchos cambios en las direcciones que esperábamos ver, a pesar de esta limitación del tamaño de la muestra, es alentador y merece una mayor investigación en muestras más grandes.

En segundo lugar, había limitaciones en las propias medidas, incluidos los sesgos de memoria y de aceptabilidad social en las respuestas de la encuesta. No todas las medidas de la encuesta fueron consistentes en las dos regiones, lo que redujo la comparabilidad y generalización de nuestros resultados. En particular, no medimos el agotamiento en América Latina y no pudimos medir la relación de la intervención con el agotamiento en esa región. Sin embargo, nuestro objetivo no era tener medidas idénticas, sino evaluar los resultados con base en las prioridades establecidas por nuestros colaboradores asociados. Como se mencionó anteriormente, hubo diferencias en la forma en que los sitios asociados tradujeron ciertas frases, incluido “trabajador del aborto”. Otras organizaciones interesadas en la Escala de Estigma del Proveedor de Servicios de Aborto u otra medida, deberían traducir estas y otras frases de manera pertinente para los participantes del taller en sus entornos específicos.

Además, este estudio no se centró en el desarrollo de la escala, por lo que los análisis factoriales presentados tienen limitaciones, incluidas las subescalas con menos de tres elementos y no probaron la heterogeneidad de las respuestas con respecto a los elementos. Idealmente, todos los participantes habrían completado todas las partes de las encuestas en cada punto de tiempo, pero encontramos datos faltantes específicos de algunos elementos y los abordamos utilizando métodos de imputación. Para nosotros fue difícil analizar las experiencias de estigma y el agotamiento causados por las restricciones legales al aborto debido a un estigma social más general.

Finalmente, nuestro diseño previo y posterior a la intervención sin un grupo de control hace que sea imposible atribuir los cambios observados en los resultados únicamente al Taller de Proveedores para Compartir Experiencias. Es posible que otros eventos hayan influido en nuestros resultados, particularmente seis meses después de la intervención. También es posible que cualquier intervención grupal que reuniera a los participantes, ya sea que incluyeran o no actividades centradas en el estigma, pudiera mostrar mejores resultados; sin embargo, nuestros modelos longitudinales de efectos mixtos, que muestran los mecanismos de cambio, respaldan la idea de que nuestros resultados pueden atribuirse al contenido y la metodología específicos del taller en sí.

Conclusiones

Los resultados de este estudio piloto en África Subsahariana y América Latina, basados en investigaciones previas en los Estados Unidos, sugieren que el Taller de Proveedores para Compartir Experiencias puede implementarse en una variedad de entornos para reducir el estigma experimenta-

do por los proveedores de aborto y APA. Esto es importante, dado que, hasta la fecha, no hay otras intervenciones basadas en evidencia enfocadas en ayudar a los proveedores de servicios a manejar las cargas del estigma del aborto. Al establecer un espacio de apoyo para que los proveedores de servicios compartan y representen artísticamente sus historias, el taller permite a los participantes situar experiencias personales en los contextos sociopolíticos más amplios del trabajo de aborto, desarrollar la autoconciencia sobre los mecanismos y las consecuencias del estigma para ellos y sus clientes, y fomentar la resiliencia y la cohesión social.¹⁶ El apoyo a los proveedores de aborto y APA es esencial por derecho propio; si la reducción del estigma fuera el único resultado observado del taller, lo consideraríamos una intervención exitosa. Sin embargo, al aumentar la conexión con el proveedor de servicios, reducir su aislamiento y apoyar su trabajo en un campo estigmatizado y legalmente restringido, el taller parece fomentar la resiliencia del proveedor de servicios de aborto, lo que podría conducir a un mejor trato para la cliente. Este hallazgo debería evaluarse directamente en el trabajo futuro mediante el examen de las experiencias de las pacientes.

Vemos oportunidades para mantener los resultados positivos observados en el Taller de Proveedores para Compartir Experiencias a través de intervenciones de refuerzo continuas. Por ejemplo, el estigma internalizado en África aumentó ligeramente seis meses después del taller y las actitudes negativas hacia el aborto mejoraron algo en América Latina inmediatamente después del taller, pero volvieron a la actitud inicial seis meses después. Es posible que estos factores psicosociales (estigma internalizado y actitudes negativas hacia el aborto) sean más sensibles a las interacciones diarias en entornos estigmatizados y, por lo tanto, requieran un apoyo más continuo para mantener las mejoras. Las organizaciones pueden beneficiarse al incorporar el Taller de Proveedores para Compartir Experiencias y las posibles sesiones de seguimiento en esfuerzos más amplios de mejora de la calidad.

Finalmente, nuestra investigación destaca que los sentimientos de peligro legal derivados de las restricciones al aborto están asociados con el agotamiento y el estigma del proveedor. Nuestros datos también sugieren que la participación en el taller podría aumentar la disposición de los proveedores para defender los derechos al aborto, lo que puede contribuir a una cascada de cambios sociales y legales que podrían romper el ciclo del estigma y las leyes restrictivas. Las intervenciones sobre el estigma del aborto basadas en la evidencia, como el Taller de Proveedores para Compartir Experiencias, son fundamentales para apoyar a la fuerza laboral de atención del aborto y probablemente importantes para mejorar el acceso a la atención del aborto seguro y de alta calidad.

REFERENCIAS

1. Naciones Unidas (ONU), UN announces that Peru will compensate women in historic human rights abortion case, UN News, 2016, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=53033#.V5VEf67llpQ>.

2. Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, 379(9816):625-632, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61786-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8).

3. Naciones Unidas, We Can End Poverty: Millennium Development Goals and Beyond 2015, no date, <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>.

4. Ipas, *Ensuring Women's Right to Safe Legal Abortion and Gender Equality in the Post-2015 Development Goals*, 2014, <https://ipas.azureedge.net/files/CSWGEE14-EnsuringWomensRightSafeLegalAbortion.pdf>.

5. Galati AJ, Onward to 2030: sexual and reproductive health and rights in the context of the sustainable development goals, *Guttmacher Policy Review*, 2015, 18(4), <https://www.guttmacher.org/gpr/2015/10/onward-2030-sexual-and-reproductive-health-and-rights-context-sustainable-development>.

6. Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo Sostenible* no date, <https://www.unfpa.org/es/sdg>.

7. Singh S et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2018, <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.

8. Grimes DA et al., Unsafe abortion: the preventable pandemic, *Lancet*, 2006, 368(9550):1908-1919, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69481-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69481-6).

9. Vlassoff M et al., Estimaciones de los costos de abortos inseguros para los sistemas de atención sanitaria en África y América Latina, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(3):114-121, <https://www.guttmacher.org/es/node/14246>.

10. Centro para los Derechos Reproductivos, *The World's Abortion Laws*, no date, <http://worldabortionlaws.com>. https://www.academia.edu/40986245/Centro_para_los_Derechos_reproductivos_2019_versi%C3%B3n_traducida_-_LAS_LEYES_DE_ABORTO_EN_EL_MUNDO

11. Berer M, Abortion law and policy around the world: in search of decriminalization, *Health and Human Rights*, 2017, 19(1):13-27, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473035/pdf/hhr-19-013.pdf>.

12. Shah I, Áhman E and Ortayli N, Access to safe abortion: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD), 2014, ICPD Beyond 2014 Expert Meeting on Women's Health, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.04.004>.

13. Shah I e Áhman E, Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 31(12):1149-1158, [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34376-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34376-6).

14. Norris A et al., Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences, *Women's Health Issues*, 2011, 21(Suppl. 3):S49-S54, <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>.

15. Goffman E, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Nueva York: Simon & Schuster, 1963.

16. Debbink MLP et al., Experiences with the Providers Share Workshop method: abortion worker support and research in tandem, *Qualitative Health Research*, 2016, 26(13):1823-1837, <http://dx.doi.org/10.1177/10497323166661166>.

17. Harris LH et al., Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the Providers Share Workshop, *Social Science & Medicine*, 2011, 73(7):1062-1070, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.004>.

18. Kane G, Galli B y Skuster P, *When Abortion Is a Crime: The Threat to Vulnerable Women in Latin America*, Chapel Hill, NC, EE.UU.: Ipas, 2014, <https://ipas.azureedge.net/files/CRIMRPT3E14WhenAbortionIsACrimeLAC.pdf>.

19. Center for Health, Human Rights and Development and Center for Reproductive Rights (CEHURD), *Facing Uganda's Law on Abortion: Experiences from Women & Service Providers*, Kampala, Uganda: CEHURD, 2016, <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Uganda-Abortion-Law-Experiences.pdf>.

20. Payne CM et al., Why women are dying from unsafe abortion: narratives of Ghanaian abortion providers, *African Journal of Reproductive Health*, 2013, 17(2):118–128, <https://www.jstor.org/stable/23485926>.
21. Martin LA et al., Abortion providers, stigma and professional quality of life, *Contraception*, 2014, 90(6):581–587, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.07.011>.
22. Nyblade L et al., Combating HIV stigma in health care settings: What works? *Journal of the International AIDS Society*, 2009, 12(1):15, <http://dx.doi.org/10.1186/1758-2652-12-15>.
23. Pulerwitz J et al., Reducing HIV-related stigma: lessons learned from Horizons research and programs, *Public Health Reports*, 2010, 125(2):272–281, <https://doi.org/10.1177/003335491012500218>.
24. Stangl AL et al., A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: How far have we come? *Journal of the International AIDS Society*, 2013, 16(3, Suppl. 2):18734, <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.3.18734>.
25. Turner KL y Chapman Page K, *Abortion Attitude Transformation: A Values Clarification Toolkit for Global Audiences*, Chapel Hill, NC, EE.UU.: Ipas, 2008, <https://ipas.azureedge.net/files/VALCLARE14-VCATAbortionAttitudeTransformation.pdf>.
26. Corey G, *Theory & Practice of Group Counseling*, Belmont, CA, EE.UU.: Brooks/Cole, 2012.
27. Glassman U, *Group Work: A Humanistic and Skills Building Approach*, segunda ed., Thousand Oaks, CA, EE.UU.: SAGE Publications, 2009.
28. Martin LA et al., Evaluation of abortion stigma in the workforce: development of the revised Abortion Providers Stigma Scale, *Women's Health Issues*, 2018, 28(1):59–67, <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2017.10.004>.
29. Kumar A, Hessini L y Mitchell EMH, Conceptualising abortion stigma, *Culture, Health & Sexuality*, 2009, 11(6):625–639, <http://dx.doi.org/10.1080/13691050902842741>.
30. Klugman B y Varkey SJ, From policy development to policy implementation: the South African Choice on Termination of Pregnancy Act, en: Klugman B y Budlender D, eds., *Advocating for Abortion Access: Eleven Country Studies*, Johannesburg, South Africa: Women's Health Project, 2001, pp. 251–282.
31. Shellenberg KM, Hessini L y Levandowski BA, Developing a scale to measure stigmatizing attitudes and beliefs about women who have abortions: results from Ghana and Zambia, *Women & Health*, 2014, 54(7):599–616, <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2014.919982>.
32. Maslach C, Jackson SE y Leiter M, *Maslach Burnout Inventory*, tercera ed., Palo Alto, CA, EE.UU.: Consulting Psychologists Press, 1996.
33. van der Doef M, Mbazzi FB y Verhoeven C, Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 2012, 21(11–12):1763–1775, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03995.x>.
34. Håkansson M et al., Human rights versus societal norms: a mixed methods study among healthcare providers on social stigma related to adolescent abortion and contraceptive use in Kisumu, Kenia, *BMJ Global Health*, 2018, 3:e000608, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000608>.
35. Izugbara CO, Egesa C y Okelo R, 'High profile health facilities can add to your trouble': Women, stigma and un/safe abortion in Kenya, *Social Science & Medicine*, 2015, 141:9–18, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.019>.
36. Mohamed D, Diamond-Smith N y Njunguru J, Stigma and agency: exploring young Kenyan women's experiences with abortion stigma and individual agency, *Reproductive Health Matters*, 2018, 26(52):128–137, <http://dx.doi.org/10.1080/09688080.2018.1492285>.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a Katy Footman, Kathryn Church, Martha Nicholson y Kate Austen por la revisión del manuscrito. Este trabajo fue apoyado por una fundación anónima.

Contacto de la autora: mseewald@med.umich.edu

APÉNDICE: PROCEDIMIENTOS Y RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Las medidas que evalúan las “actitudes negativas hacia el aborto” y el “clima legal” incluyeron nuevas preguntas diseñadas para este estudio piloto. Realizamos análisis factoriales exploratorios (AFE) en estos elementos para evaluar su viabilidad como escalas e identificar posibles subescalas. Para cada escala realizamos medidas de adecuación de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett para determinar si los elementos eran adecuados para ser usados como escalas. El AFE identificó factores con valores propios superiores a 1.0. Posteriormente, aplicamos la rotación varimax y usamos esos resultados para construir subescalas como la suma de todos los elementos de la encuesta que tuvieron suficiente carga (> 0.40) en factores latentes. Los elementos se eliminaron si no cumplían con el criterio mínimo de tener una carga de factor primario de .4 o superior y ninguna carga cruzada de 0.35 o superior. Después de la rotación, si los elementos tenían cargas cruzadas, se inspeccionaron y se pudieron retener si tenían una carga de factor primario alta (es decir, superior a 0.5) y la carga cruzada estaba por debajo de 0.3.

Actitudes negativas ante el aborto

En África subsahariana probamos la factorabilidad de 21 elementos. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de .79, por encima del valor comúnmente recomendado de .6, y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 (210) = 934.3$; $p < .001$). El AFE identificó 3 factores –factor 1 (5 elementos): falta de apoyo para las mujeres que buscan un aborto, factor 2 (2 elementos): actitudes negativas hacia los abortos múltiples y factor 3 (10 elementos): avergonzamiento de las mujeres que tienen un aborto. Después de la rotación, dos elementos tenían cargas cruzadas, pero cada uno tenía una carga primaria alta y la carga cruzada estaba por debajo de 0.3. Después de revisar los elementos, se conservaron como

parte del factor de avergonzamiento. En total, conservamos 17 de los 21 elementos iniciales.

En América Latina probamos la factorabilidad de 26 elementos. El KMO = .66 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 (325) = 1124.9$, $p < .001$). Se eliminaron diez elementos porque no cumplieron con el criterio mínimo de tener una carga de factor primario de .4 o superior. No hubo elementos que demostraran carga cruzada. El análisis factorial exploratorio identificó 14 elementos distribuidos en tres factores: falta de apoyo para las mujeres que buscan abortar; actitudes negativas hacia abortos múltiples, tardíos o adolescentes; y temor a ser engañado por las clientas. Estos elementos estuvieron relacionados entre sí, por lo que también sumamos los factores para crear una sola medida.

Seguridad jurídica y defensa legal

También examinamos las experiencias y percepciones de los proveedores sobre el clima legal para el aborto en su región. En África subsahariana, recolectamos datos sobre 19 elementos y en América Latina recolectamos datos sobre 14 elementos. En el análisis factorial sobre los datos de SSA, el KMO fue de 0.69 y la prueba de Bartlett fue significativa ($\chi^2 (153) = 603.1$, $p < .001$). En el análisis de los datos latinoamericanos, el KMO fue de 0.64 y la prueba de Bartlett fue significativa ($\chi^2 (91) = 405.9$, $p < .001$). Se eliminaron seis elementos de cada muestra porque no contribuían a una estructura de factor simple y no cumplían con el criterio mínimo de tener una carga de factor primario de .4 o superior y sin carga cruzada de .3 o superior. Después de la rotación, ningún artículo demostró cargas cruzadas superiores a 0.3 en ninguna de las muestras. Tanto en África oriental como en América Latina hubo dos factores: la seguridad jurídica percibida y la voluntad de participar o apoyar la defensa del aborto. En ambas regiones, estos dos factores no estaban relacionados a nivel bivariado y, por lo tanto, no se combinaron en una sola medida.

APPENDIX TABLE 1: Items, response categories, and factor loadings (where applicable) for stigma, burnout, abortion attitudes, and legal safety and advocacy variables used in the Global Providers Share Workshop in Sub-Saharan Africa and Latin America

ABORTION PROVIDER STIGMA			
Scale/item	Region	Subscale	Cronbach's alpha
People's reactions to my being an abortion worker make me keep to myself I feel that disclosing my abortion work is not worth the potential hassle that could result I feel the need to hide my work in abortion care from my friends I find it hard to tell people I work in abortion I feel like if I tell people about my work they will ONLY see me as an abortion worker I worry about telling people I work in abortion care It bothers me if people in my neighborhood know that I work in abortion care I avoid telling people what I do for a living I am afraid that if I tell people I work in abortion care I could put myself, or my loved ones, at risk for violence	SSA SSA SSA, LA SSA SSA, LA SSA, LA SSA SSA SSA, LA	Disclosure issues	SSA (9 items) = 0.91 LA (4 items) = 0.72
I have been verbally threatened or attacked as a result of working in abortion care I have been physically threatened or attacked as a result of working in abortion care My family has been harassed or discriminated against by others who find out about my work in abortion care People treat my family members different if they know about my work in abortion care	SSA, LA SSA, LA SSA SSA, LA	Discrimination	SSA (4 items) = 0.83 LA (3 items) = 0.60
I am proud that I work in abortion care* I feel connected to others who do this work* By providing abortions, I am making a positive contribution to society* I find it important to share with people that I work in abortion care* I feel that my work is targeted by restrictive legislation more than other types of health care I feel good about my work in abortion care* I feel regret over not telling people about my work in abortion care I feel ashamed of the work I do I feel guilty about the work I do I question whether providing abortion care is a good thing to do I feel embarrassed about my work in abortion care I feel out of place among people who don't work in abortion care	SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA SSA SSA, LA SSA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA	Internalized states	SSA (12 items) = 0.70 LA (8 items) = 0.53
I feel that other health workers look down on me because of my decision to work in abortion care I feel like society (the general public) does not value me as an abortion worker Other people have made me feel ashamed of my work in abortion care The way people have treated me when they find out I work in abortion care upsets me I feel alone because of my work in abortion care I am angry at the way people have reacted to me when they learned that I work in abortion care I have had negative experiences after disclosing my abortion work to others. People have insulted me because of my work in abortion care When I see or read something about abortion in the papers or on television, it makes me feel bad about myself I feel other health care workers question my professional skills when they learn that I work in abortion care. I feel other health care workers question my morals when they learn I work in abortion care I feel that friends and family who do not work in abortion care don't understand my work I worry that my friends and family will think less of me if I talk about the upsetting or difficult parts of my work I feel the most comfortable in social settings when others know I work in abortion care	SSA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA SSA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA	Judgment	SSA (14 items) = 0.88 LA (11 items) = 0.72
I feel that when I disclose my abortion work to strangers, they are supportive of me* I feel that when I disclose my abortion work to family and friends, they are supportive of me* I talk openly with my family about my work in abortion care* I talk openly with my friends about my work in abortion care* I can talk to friends and family about a hard day at work*	SSA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA	Social Isolation	SSA (5 items) = 0.79 LA (4 items) = 0.69

*Indicates that an item has been reverse-coded. Notes: For Sub-Saharan Africa, response categories were 1=never, 2=rarely, 3=sometimes, 4=often and 5=all of the time; for Latin America, response categories were 1=never, 2=sometimes and 3=all of the time. SSA=Sub-Saharan Africa. LA=Latin America.

HEALTH CARE PROVIDER BURNOUT

Items [†]	Region	Subscale	Cronbach's alpha
I feel drained from my work I feel frustrated by my job	SSA	Emotional Exhaustion	SSA (9 items) = 0.71
I don't really care what happens to some clients I feel I treat some clients as if they were impersonal objects	SSA	Depersonalization	SSA (5 items) = 0.61
I have accomplished many worthwhile things in this job* I feel I am positively influencing other people's lives through my work*	SSA	Personal Accomplishment	SSA (8 items) = 0.56

*Indicates that an item has been reverse-coded. †As the Maslach Burnout Inventory tool is copyrighted, we have included two example items for each subscale, as opposed to the full scale. Notes: Response categories were 0=never, 1=a few times a year or less, 2=once a year a month or less, 3=a few times a month, 4=once a week, 5=a few times a week and 6=every day.

NEGATIVE ABORTION ATTITUDES

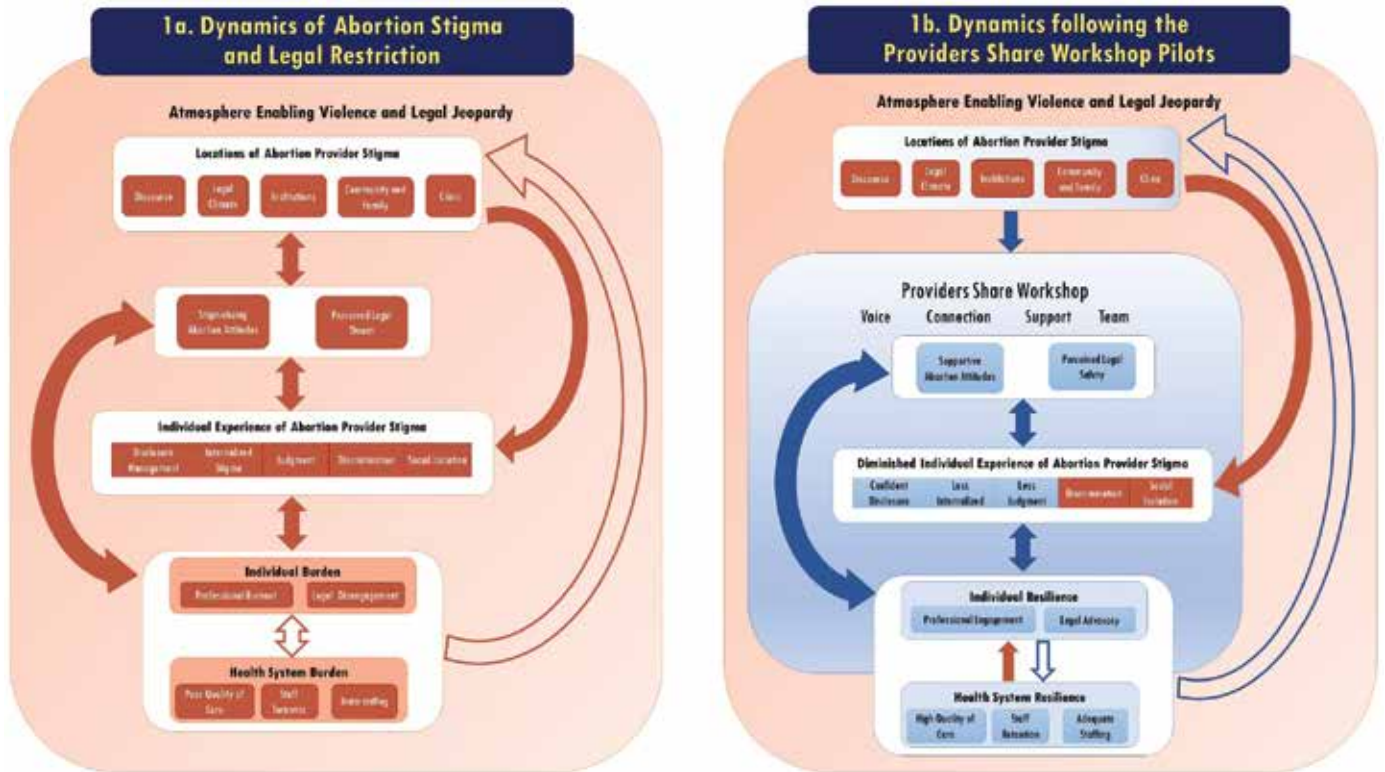
Africa		Latin America	
<i>KMO</i>	0.79	<i>KMO</i>	0.66
<i>Bartlett's c2 (210)</i>	934.3, <i>p</i> <.001	<i>Bartlett's c2 (325)</i>	1124.9, <i>p</i> <0.001
<i>Overall alpha</i>	0.87	<i>Overall alpha</i>	0.87
Item	Factor loading	Item	Factor loading
Factor 1: Lack of support (alpha=0.77)		Factor 1: Lack of support (alpha=0.66)	
I could support a woman who had an abortion even if I didn't agree with her decision*	0.70	I could support a woman who had an abortion even if I didn't agree with her decision*	0.50
Women who have abortions usually have good reasons*	0.62	Women who have abortions usually have good reasons*	0.41
Abortion is a woman's right*	0.73	Abortion is a woman's right*	0.46
It is okay for a woman to feel relieved after an abortion*	0.53	A woman who has an abortion should be treated the same as everyone else*	0.52
I would support a woman in her decision to have an abortion, regardless of the reason*	0.49	It is okay for a woman to feel relieved after an abortion*	0.52
Factor 2: Multiple abortions (alpha=0.56)		Factor 2: Multiple, later term or adolescent abortions (alpha=0.67)	
Women should not use abortion as a form of birth control	0.65	I would support a woman in her decision to have an abortion, regardless of the reason*	0.47
I get angry with patients who have more than one abortion	0.58	I would continue to be friends with someone if I found out they had an abortion*	0.57
Factor 3: Shaming women (alpha=0.85)		Factor 3: Fear of entrapment by patients (alpha=0.59)	
A woman who has an abortion is committing a sin	0.56	I get angry with patients who have more than one TAI	0.56
A woman who has an abortion is a bad mother	0.61	I am uncomfortable assisting with TAI past 10 weeks.	0.50
A woman who has an abortion should be treated the same as everyone else*	0.46	I am uncomfortable assisting with TAI for girls who are younger than 16.	0.73
I am uncomfortable assisting with abortions past the first trimester	0.46	I think that girls who are younger than 16 should have their parents' permission before having a TAI.	0.50
I have less respect for women who have abortions	0.40	I get angry assisting with girls who are younger than 16 who seek TAI services.	0.68
A woman who has an abortion brings shame to her family	0.58	Factor 3: Fear of entrapment by patients (alpha=0.59)	
A woman who has had an abortion should be counseled by religious leaders so that she does not do it again	0.59	I have been suspicious about whether a patient is a real patient, or is posing as a fake patient who is trying to trap me	-0.56
A woman who has an abortion brings shame to her community.	0.76	I'm afraid that I will be recorded while at work	-0.43
I would continue to be friends with someone if I found out they had an abortion*	0.50	Did not load:	
I would feel ashamed if a member of my family had an abortion	0.52	<ul style="list-style-type: none"> Abortion is the easy way out of an unplanned pregnancy A woman who has an abortion should keep it a secret A woman who has an abortion is committing a sin A woman who has an abortion is a bad mother Women should not use abortion as a form of birth control Women who seek abortions past the first trimester are irresponsible I have less respect for women who have abortions A woman who has an abortion brings shame to her family A woman who has an abortion should be counseled by religious leaders so that she does not do it again A woman who has an abortion brings shame to her community I would feel ashamed if a member of my family had an abortion Women should consult their husband/partner before they have an abortion I would know what to do and who to talk to if I encountered a fake patient 	

*Indicates that an item has been reverse-coded. Notes: For Sub-Saharan Africa, response categories were 1=strongly disagree, 2=disagree, 3=agree and 4=strongly agree; for Latin America, response categories were 1=agree, 2=somewhat agree and 3=disagree. Items were reverse-coded as needed, so higher scores indicate more-negative attitudes. TAI=tratamiento de aborto incompleto.

LEGAL SAFETY and ADVOCACY			
Africa		Latin America	
KMO		KMO	
0.69		0.64	
Bartlett's χ^2 (153)		Bartlett's χ^2 (91)	
603.1, $p < 0.001$		405.9, $p < 0.001$	
Item	Factor loading	Item	Factor loading
Factor 1: Willingness to engage in or support legal advocacy (alpha=0.86)		Factor 1: Willingness to engage in or support legal advocacy (alpha=0.60)	
I would vote for a candidate who wanted to make abortion laws more liberal*	0.71	I would vote for a candidate who wanted to make abortion laws more liberal	0.44
I would publicly participate in a demonstration or rally supporting greater access to abortion for women in my country*	0.7	I would publicly participate in a demonstration or rally supporting greater access to abortion for women in my country	0.49
It is a good idea for the government to allow abortions to be legal*	0.69	It is a good idea for the government to allow abortions to be legal	0.67
I think the laws in my country should be changed to make abortion more accessible*	0.69	Factor 2: Legal safety (alpha=0.69)	
I believe that people who provide abortion services should participate in trying to change the legal situation in my country	0.8	The current legal status of abortion makes it dangerous to do my job	0.45
I am hopeful that the legal restrictions on abortion will be relaxed in the next 5 years	0.44	I worry that my patients will be arrested or harassed by the police	0.54
Factor 2: Legal safety (alpha=0.70)		It is too dangerous for someone who provides abortion to participate in trying to change the legal situation in my country	0.43
The current legal status of abortion makes it dangerous to do my job	0.49	I worry that I will be harassed by the police	0.67
I worry that my patients will be arrested or harassed by the police	0.58	I worry that my patients will turn me into the authorities	0.51
I worry that I will be harassed by the police	0.63	Did not load:	
I have been harassed by the police because of my work in abortion services	0.6	<ul style="list-style-type: none"> I think the laws in my country should be changed to make abortion more accessible I believe that people who provide abortion services should participate in trying to change the legal situation in my country I am hopeful that the legal restrictions on abortion will be relaxed in the next 5 years I feel that my former abortion care patients avoid me in public places Generally, my religious community spurns people who work in abortion care 	
I have been blackmailed or the target of extortion because of my work in abortion services	0.62		
I have been threatened by a patient or patient's family that they will turn my name over to authorities unless I pay them money	0.43		
I worry that I will lose my job because of the legal status of abortion	0.45		
Did not load:			
<ul style="list-style-type: none"> It is too dangerous for someone who provides abortion to participate in trying to change the legal situation in my country I feel that my former abortion care patients avoid me in public places Generally, my religious community spurns people who work in abortion care I feel my clients would support me if I were being persecuted I can trust the people I am close to with information about my abortion work Personally, I feel accepted in my religious community even though they know I provide abortion care 			

*Indicates that an item has been reverse-coded. Note: For Sub-Saharan Africa, response categories were 1=agree, 2=indifferent and 3=disagree; for Latin America, response categories were 1=agree, 2=no opinion and 3=disagree.

APPENDIX FIGURE 1. Conceptual models of the dynamics of stigma and restrictive legislation in abortion work before and after the Providers Share Workshops in Sub-Saharan Africa and Latin America



Key: Solid arrows represent relationships documented statistically in the current work. Open arrows represent potential or hypothesized relationships suggested by this or other research, but not measured in our study. The color red represents increased burden on abortion and PAC providers; blue represents reduced burdens on providers.