

UAB

Universitat Autònoma de Barcelona

~~**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:~~



~~<https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>~~

~~**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:~~



~~<https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>~~

~~**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:~~



~~<https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>~~

Tesi doctoral:

**Vicissituds de la subjectivitat materna i de l'estatus de persona del
fetus. Una etnografia de la pèrdua d'embaràs**

Maria Verdaguer i Mata

Direcció: Dr. Joel Feliu i Samuel-Lajeunesse i Dra. Luz María Martínez i Martínez

Tutoria: Dr. Lupicinio Íñiguez Rueda

Bellaterra, 2024

Programa de doctorat Persona i societat en el món contemporani

Departament de Psicologia Social

Universitat Autònoma de Barcelona

A la Rosa, la meva mare.

A l'àvia Paquita (†2013),
que si hagués pogut triar
hagués sigut llevadora.

A l'àvia Maria (†2024),
que si hagués pogut triar
no hagués sigut mare.

Al Pere i al Joan,
els infants que m'han fet mare
definitivament.

Amb un record
per al Granet d'Arròs,
que volia ser embrió de persona
i finalment ho ha sigut d'aquest treball.

ADVERTÈNCIA

El contingut de les pàgines que segueixen, i particularment les de la part III, que inclouen descripcions detallades de situacions de pèrdua d'embaràs, poden obrir les ferides de les dones que hagin perdut un o més embarassos.

Taula de continguts

Introducció.....	7
PART I. CONTEXT, MARC TEÒRIC I METODOLOGIA	11
Capítol 1. Pensar l'embaràs, la subjectivitat materna i la <i>personhood</i>	12
1.1. La pèrdua de l'embaràs a Catalunya	13
1.2. La dona embarassada com a mare i la producció tecnicomèdica de l'estatus de persona del fetus	18
1.3. <i>Personhood</i> i personalitat civil	27
1.4. La maternitat com a construcció social	29
Capítol 2. Etnografiar l'embaràs i pèrdua d'embaràs a la ciutat d'Ossina	34
2.1. Observació participant	35
2.1.1. L'hospital d'Ossina.....	35
2.1.2. El servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR)	56
2.2. Accés a la subjectivitat materna.....	58
2.2.1. Entrevistes	58
2.2.2. Sessions de teràpia psicològica	61
2.2.3. Participants entrevistades i/ o observades en sessió terapèutica	62
2.3. Anàlisi de les dades i escriptura etnogràfica.....	65
2.4. Aclariments	67
PART II. EMBARÀS I PRODUCCIÓ DE LA SUBJECTIVITAT MATERNA I DE LA PERSONHOOD DE L'ÉSSER EN GESTACIÓ	69
Capítol 3. Quedar-se embarassada	70
3.1. Desig de fill i subjectivitat materna	70
3.2. Preparar el cos i la ment.....	73
3.3. Cerca d'embaràs i gestió de les relacions sexuals	75
3.4. Dificultats per quedar-se embarassada i intervenció dels serveis de salut	79
Capítol 4. El seguiment.....	84
4.1. «Viure» l'embaràs	85
4.2. Accés al fetus	88
4.3. Amor solitari i amor compartit	94
4.4. Cossos embarassats, factors de risc i discriminacions.....	99
4.5. ¿On és la pèrdua d'embaràs?	103
Capítol 5. Les incerteses.....	107

5.1. Pors, ensurts, sang, riscos i empatia	107
5.2. Pronòstics incerts.....	116
5.3. Quan la dona també està en perill	119
PART III. FRONTERES DE LA <i>PERSONHOOD</i> I LA SUBJECTIVITAT MATERNA EN LES	
PÈRDUES DE L'EMBARÀS. ¿QUINS FETUS IMPORTEN? ¿QUI ÉS UNA MARE?122	
Capítol 6. Fronteres en les pèrdues d'embaràs de primer trimestre	125
6.1. Fites ginecoobstètriques en el primer trimestre	130
6.1.1. Setmana 4. Pèrdues al voltant del test d'embaràs	130
6.1.2. Setmanes 4-7. Quan el batec encara no és detectable	131
6.1.3. Setmana 8. Pèrdues al voltant de l'inici del seguiment de l'embaràs	132
6.1.4. Fins la setmana 12. Una fita estadística	133
6.2. Singularitzacions, dessingularitzacions i relativitzacions	136
6.3. Cossos que expulsen cossos	146
6.3.1. Expulsions espontànies	147
6.3.2. Avortaments retinguts	148
6.3.2.1. Sostracció quirúrgica	149
6.3.2.2. Expulsió amb ajuda de fàrmacs	151
6.3.2.3. Expulsió espontània expectant	153
6.4. Més enllà de la tristesa.....	156
6.5. Temps i manteniment de la <i>personhood</i>	160
Capítol 7. Fronteres en les pèrdues d'embaràs de segon i tercer trimestres	163
7.1. Fites ginecoobstètriques en el segon i tercer trimestres.....	163
7.1.1. Setmanes 12-14. Pèrdues al voltant de la primera ecografia.....	163
7.1.2. A partir de la setmana 14. Implicacions de la calcificació òssia	165
7.1.3. Al voltant de la setmana 20. Pèrdues entorn de l'inici de la percepció dels moviments fetals i de l'assignació del sexe-gènere	169
7.1.4. Setmana 22. Inici de la viabilitat, inici de la mort.....	172
7.2. Pràctiques hospitalàries de relació entre la mare i el cos sense vida del nadó	178
7.3. Els espais obstètrics i la planta de maternitat, espais pensats per a una vida sense mort.....	185
Capítol 8: Fronteres morals en les interrupcions induïdes de l'embaràs.....	188
8.1. La frontera moral en la interrupció d'embarassos rebutjats	188
8.2. La frontera moral en interrupcions induïdes després d'un pronòstic de discapacitat	191

Conclusions.....	197
Referències.....	208
Annex 1. Protocol de Recerca aprovat pel Comitè d'Ètica de l'Hospital d'Ossina.....	220
Annex 2. Carta de la Coral a l'hospital que la va atendre, 1 any després de la mort de la bessonada.....	235

Introducció

El setembre de 2016, una setmana abans de començar el Màster de Recerca i Intervenció Psicosocials a la UAB, vaig perdre un embaràs de sis setmanes. Un embaràs ectòpic cervical, estadísticament rar i molt perillós, que va ser tractat, en un ingrés hospitalari de nou dies, amb dosis baixes de metotrexat, el mateix medicament que s'utilitza en la quimioteràpia d'alguns càncers. Per al Treball final de Màster havia fantasiejat amb fer una etnografia de l'embaràs, però vaig acabar fent una autoetnografia sobre la pèrdua (Verdaguer, 2019). I és que en aquell moment era incapaç de retirar el focus d'aquest esdeveniment i de les preguntes que primer em vaig fer amb desesperació i després, i cada cop més, amb curiositat i preocupació psicosocials: si durant algun temps havia estat *mare* i *de qui* havia estat mare. Íntimament era clar que sí, que ho havia sigut, i que l'embrió havia existit com a fill a qui cuidar a través del meu cos, amb qui projectar un futur i per qui preocupar-me en la seva mort prematuríssima. Però tot al meu voltant semblava dir-me que no: el tractament de l'embrió com a càncer, la preocupació dels altres per la meua vida amenaçada i per futurs embarassos, però no pel meu dolor de mare ni pel pobre embrió que moria. I, des del feminisme i les lluites pel dret a l'avortament, ¿com insinuar que un embrió de sis setmanes era alguna cosa? No, jo mai no havia estat mare, i aquell embrió que m'hagués pogut matar, o que qualsevol dona podia haver decidit avortar, no era cap fill.

Aquestes preguntes, i aquesta dissonància, van guiar el TFM, i sobre aquestes qüestions continuo explorant en aquesta tesi: les maneres com, en l'embaràs i en la seva pèrdua, es produeixen i es qüestionen la subjectivitat materna i l'estatus de persona de l'embrió o fetus. Si per al Màster jo havia sigut la investigadora i la principal investigada, i la meua vida, les meves (inter)accions, els meus pensaments i les meves emocions havien estat el meu camp, per al doctorat vaig voler ampliar el camp i estudiar altres casos, afegint així més dades empíriques que recolzessin, matisessin, contradiguessin i, en definitiva, fessin més complexes les conclusions a què vaig arribar amb l'anterior treball. A més, veia clar que aquest

nou treball de camp s'havia de fer en l'espai on es confirmen i/o es gestionen físicament les pèrdues, en el primer lloc on se'ls dona un significat: l'hospital. Més endavant vaig afegir-hi l'ASSIR, el lloc on es fa el seguiment de l'embaràs clínicament normal i, per tant, l'espai de salut on es comença a produir la subjectivitat materna i l'estatus de persona de l'ésser en gestació.

Vaig accedir al camp, vaig fer observació participant i vaig fer entrevistes a dones que havien perdut embarassos. Agraïxo la seva generositat a totes les dones que em van permetre escoltar-les, enregistrar-les, i observar-les en moments molt durs. Gràcies també a totes les professionals que van deixar-se observar mentre treballaven, també a les que no es van sentir còmodes amb la meua presència. Gràcies a les que em van fer un acompanyament més proper i càlid en un entorn on no sempre em vaig sentir benvinguda.

Entremig, vaig fer un llarg procés de reproducció assistida i em vaig embarassar. Vaig donar per acabada la observació participant, va venir la pandèmia de COVID, vaig tenir el meu primer fill durant el confinament, vaig continuar fent entrevistes, vaig categoritzar les dades i vaig elaborar un primer índex, vaig iniciar l'escriptura de la tesi, em vaig tornar a embarassar, vaig refer l'índex i vaig reiniciar l'escriptura, vaig tenir el meu segon fill, i vaig trobar una feina en l'àmbit de la recerca en Atenció Primària que, juntament amb la criança, feien molt difícil la continuació de l'escriptura.

Finalment, vuit anys després d'aquella pèrdua, i gràcies al Sergi, *doctor amoris causa*, que durant els últims mesos s'ha ocupat cada tarda, cada cap de setmana i tot l'agost dels nostres fills Pere i Joan de quatre i dos anys; als meus pares, Rosa i Albert, que m'han donat tot el seu suport, també s'han ocupat de les criatures i ens han ajudat econòmicament; a la meua germana Helena, a la meua tia Paquita i a les meves amigues Mercè, Carli i Gemma que hi ha sigut sempre i m'han animat a continuar i a acabar (d'una vegada!); als meus companys de feina i al meu cap, Eduard Moreno, Xavier Busquet i Pere Torán, que han fet tot el possible i més per buidar-me l'agenda durant uns mesos, i, sobretot sobretot, gràcies al Joel Feliu i a la Luzma Martínez, que han acompanyat tot el procés d'investigació amb la cura, el rigor, la paciència i l'amor de les mares, he pogut acabar d'escriure aquesta tesi on exploro com es fan

i es desfan mares i fills des de l'àmbit de l'atenció ginecoobstètrica. Després de fer i desfer parts, capítols i apartats, aquest treball que, com tots els treballs, està condemnat a la parcialitat, té l'estructura que presento a continuació:

Dins la primera part de *Context, marc teòric i metodologia* hi ha els capítols que volen situar la lectora o lector en les coordenades teòriques, metodològiques i contextuals d'aquest treball. En el capítol 1, *Pensar l'embaràs, la subjectivitat materna i la personhood*, exposo el lloc de partida de la tesi, és a dir, descriu, acompanyada d'altres autores, els conceptes de subjectivitat materna i de *personhood* tal i com els he entès en aquest treball; contextualitzo la pèrdua d'embaràs en la Catalunya d'avui; i enumero els objectius que em vaig plantejar en un inici i que han guiat les decisions preses durant el treball de camp i l'anàlisi de les dades.

A continuació, en el capítol metodològic *Etnografiar la pèrdua de l'embaràs a la ciutat d'Ossina*, faig una descripció detallada del treball de camp. Començo descrivint els dos espais on he dut a terme l'observació participant, el servei de ginecologia i obstetrícia d'un hospital i un espai d'atenció primària d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR), amb les seves gents, temps i quotidianitat, i amb les seves contrarietats ètiques i metodològiques, així com les facilitats i camins aplanats amb què m'he trobat a l'hora d'accedir al camp. Així mateix, descriu com s'han dut a terme les entrevistes a les participants que havien patit alguna pèrdua d'embaràs, i també les dificultats per accedir a les entrevistes que no vaig poder fer. Al llarg del capítol faig un exercici de reflexivitat i miro d'explicitar quina és la meva posició en el camp i de quines maneres hi aparec, m'hi relaciono i hi participo.

Després d'aquests capítols que enquadren la tesi, venen els capítols dedicats als resultats, que també integren la discussió. He dividit aquests capítols en dues altres parts. La primera, *Embaràs i producció de la subjectivitat materna i de la personhood de l'ésser en gestació* està dedicada a l'embaràs i les maneres com, des de la planificació i la cerca de l'embaràs i les dificultats per quedar-se embarassada (capítol 3), durant tot el seguiment, amb les seves proves, ecografies i visites amb la llevadora (capítol 4), i a través dels possibles neguits i ensurts (capítol 5), es produeixen la subjectivitat materna i l'estatus de persona de l'embrió o fetus.

La tercera part, *La pèrdua de l'embaràs. Quins fetus importen? Qui és mare?*, està dedicada a la pèrdua de l'embaràs i les maneres com es qüestionen, es mantenen o s'accentuen aquesta subjectivitat materna i aquest estatus de persona d'embrions i fetus que s'han anat gestant durant l'embaràs. Aquesta segona part està dividida en tres capítols corresponents a dos tipus de fronteres o llinars que he trobat que separen les mares de les no-mares i els fetus que son persones dels que no ho són. Així, d'una banda, exploro diferents fronteres tecnocorporals i descriu els vaivens de la subjectivitat de mare i de la *personhood* en segons el desenvolupament del cos fetal i les pràctiques tecnicomèdiques que es duen a terme en els diferents moments de la gestació. He dedicat el capítol 6 a les pèrdues del primer trimestre d'embaràs i el capítol 7 a les pèrdues de segon i tercer trimestres. En el capítol 8, més breu, indago en les fronteres morals que tenen lloc en les interrupcions induïdes de l'embaràs, tant en avortaments en què la dona rebutja l'embaràs *per se*, com en avortaments prèviament assumits en què el fetus té un pronòstic de discapacitat.

Finalment, al capítol de conclusions faig un repàs de les idees principals dels capítols anteriors, exposo les conclusions a què he arribat, i miro enrere, en un exercici de reflexivitat, per tal de constatar si s'han complert els objectius de la recerca i quines limitacions ha tingut. Finalment, apunto algunes intuïcions i idees per a continuar amb la recerca en el camp de la subjectivitat materna i la *personhood* en la pèrdua de l'embaràs.

PART I. CONTEXT, MARC TEÒRIC I METODOLOGIA

Capítol 1. Pensar l'embaràs, la subjectivitat materna i la *personhood*

¿Vaig ser mare abans de tenir els meus fills nascuts vius? ¿Soc més mare ara que abans? ¿Es pot ser mare de manera discontinua? La construcció de la subjectivitat materna occidental es pot abordar, entre d'altres, atenent la manera com la possibilitat biològica de gestar determina la socialització de les dones (vg. Beauvoir 1949|1964), explorant de quina manera s'ha construït l'instint maternal històricament (Badinter, 1991), analitzant les condicions actuals de criança (vg. Hays, 1998; Del Olmo, 2013) o mostrant que els sentiments pels fills que en les societats occidentals associem a les mares no tenen lloc en altres contextos socials (Scheper-Hughes, 1996). Tanmateix, estic d'acord amb Elixabete Imaz (2010) que l'observació del temps de l'embaràs desitjat o assumit és un lloc privilegiat per aproximar-se a l'estudi de la manera com les dones es converteixen en mares.

L'embaràs és un estat liminal (Turner, 1967/1980), en què la possibilitat biològica de ser mare es desvirtualitza i introdueix la dona embarassada en un entramat simbòlic (Blumer, 1969/1982; Mead, 1934/1990) i material (Haraway; 1997/2004, 2007; Latour, 2005; Domènech et al., 2003) que de mica en mica va convertint-la a ella en mare i al cos del fetus que porta dins en el d'un infant digne de bon tracte. Alhora, l'estatus de persona que tingui el fetus té conseqüències per a les dones, tant en termes de les polítiques que les afecten, com del tracte mèdic que se'ls dona, com també de les seves experiències íntimes o quotidianes.

Els casos de pèrdua gestacional, d'avortament induït, de diagnòstics de malformacions o malalties en el fetus, o fins i tot d'infanticidi (Conklin i Morgan, 1996) són terrenys que posen de manifest que l'estatus de persona (o *personhood*¹) de l'embrió, el fetus o el nadó no es forma en un procés simple ni lineal, sinó que aquest és dinàmic i negociat mitjançant pràctiques socials (Morgan, 1996), de manera que aquest estatus pot avançar i retrocedir, es pot posar en qüestió i es pot anul·lar, i també pot prendre camins diferents

¹ Alterno entre l'expressió «estatus de persona» i la paraula anglesa *personhood*, que ja compta amb un recorregut, i les faig servir com a equivalents. *Personhood*, que en anglès també s'utilitza en l'àmbit legal per parlar de la personalitat civil, s'ha traduït tradicionalment per «personalitat». L'ús d'aquest darrer mot no em sembla adequat per la seva possible confusió amb la personalitat psicològica.

segons el context social, cultural i polític. Així, qüestions com què és un embaràs, què és un fetus, quins fetus són persones, quins ens importen, a qui importen, i què és ser mare, qui pot ser-ho, qui ha de ser-ho i com ha de ser-ho prenen formes concretes en una societat que gestiona mèdicament l'embaràs, que tecnològitzava la capacitat reproductiva, que regula legalment l'avortament induït i que privatitza i feminitza les tasques de cura.

En una societat com la nostra, en què l'embaràs està fortament medicalitzat, l'àmbit ginecològic i obstètric té un paper molt important a l'hora de definir l'estatus ontològic dels cossos fetals i embarassats, ja que la medicina es recolza en l'autoritat i la legitimitat que li confereix el lloc hegemònic de la ciència com a discurs de veritat (Foucault, 1963), cosa que contribueix a fer que el coneixement que es desenvolupa des d'aquest àmbit s'assumeixi sense gairebé sotmetre's a discussió pública.

L'embaràs i la pèrdua de l'embaràs són, doncs, moments d'aspecte imperfectiu, de transició, en què una és i no és mare, en que el fetus és i no és persona. Justament per això, es tracta de moments privilegiats per a la investigació social, ja que molts dels aspectes que formen part dels coneixements tàcits de la societat sobre la subjectivitat materna i la *personhood* emergeixen a la superfície i esdevenen observables.

1.1. La pèrdua de l'embaràs a Catalunya

L'experiència de la pèrdua de l'embaràs és molt més comuna del que se sol pensar. Cal tenir en compte que al llarg de la seva vida, un 25% de les dones que es queden embarassades patiran algun avortament espontani. De fet, al voltant del 12% dels embarassos detectats acabaran en un avortament espontani abans de les primeres 20 setmanes. Dels que superen aquest termini, als països rics, un 2% morirà abans de néixer i un 1% ho farà durant el part (Cramer i Wise, 2000; Regan i Rai, 2000; Delabaere et al., 2014; Lawn, et al., 2009). A Catalunya, segons les dades proporcionades per l'Institut d'Estadística de Catalunya

(IDESCAT)², la taxa de mortalitat perinatal durant el que portem de segle XXI (fins al 2022), oscil·la, de manera força estable, entre un mínim de 3,91‰ (2021) i un màxim de 5,60 ‰ (2011). Aquesta taxa s'obté de dividir els nascuts morts i les defuncions de nascuts vius de menys d'una setmana d'edat, pel total de naixements (nascuts vius i nascuts morts). La taxa de mortalitat infantil, en el mateix període, oscil·la entre el 2,10 ‰ del 2021 i el 3,40 ‰ de l'any 2000, que es calcula segons l'IDESCAT «com el quocient del nombre anual de defuncions de menors d'1 any d'edat en relació amb el nombre de nascuts vius del mateix any. La taxa de mortalitat infantil es desglossa en tres components: d'una banda, la mortalitat del primer mes de vida, mortalitat neonatal, que es divideix entre neonatal precoç (les defuncions de la primera setmana) i neonatal tardana (les defuncions entre una setmana i un més de vida). La resta de la mortalitat, entre 1 i 12 mesos, és la mortalitat postneonatal». Cal, però, tenir en compte aquestes dues dades s'encavalquen pel que fa als morts de menys d'una setmana nascuts vius, ja que la taxa de mortalitat infantil, morts menors d'un any, també els inclou. Hi ha una qüestió més a l'hora de considerar aquestes dades: el període perinatal, a partir del qual es considerarà que el fetus ha nascut mort, se situa a Espanya als 180 dies (una mica més de 25 setmanes, un període que varia segons els països, podent començar a les 18 setmanes o a les 28), essent a partir d'aquest moment que és obligatori d'inscriure el naixement al Registre Civil (tot i que aquesta possibilitat s'ofereix també, voluntàriament, a partir de la setmana 22). Tanmateix, com assenyala Cassidy (2018), això no acaba fent-se en molts casos, de manera que l'autor calcula que entre el període d'entre les 22 i les 27 setmanes, hi ha, com a mínim, una infradeclaració del 50% de les morts. Mentre que partir de la setmana 28 aquesta infradeclaració ja només seria del 5%, segons aquest autor. Per aquesta raó, a nivell espanyol, i seguint les dades recollides per Cassidy (2021), podem estimar una taxa de mortalitat perinatal (des de la setmana 22 i fins a les primeres 4 setmanes després del part) per al 2016 d'un 6,2 ‰.

² <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=basics&n=10345>

També seguint les dades recollides i estimades per Cassidy (2018), entre el 2012 i el 2016, hi va haver anualment entre 30.000 i 40.000 interrupcions induïdes de l'embaràs a Espanya, xifres que inclouen els avortaments per petició de la dona, per risc de la seva salut i per anomalies fetals, categories que, per descomptat, es poden encavalcar. A la pàgina web de l'associació Umamita³, Cassidy (s/d) hi va publicar la següent taula feta a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) amb els totals de pèrdues gestacionals i neonatals actualitzada fins el 2019:

	2019	2018	2017	2016	2015
Total nacimientos	360.617	372.777	393.181	410.583	420.290
Muertes intrauterinas espontáneas					
≤12 semanas	79.279	80.818	84.035	86.868	88.719
13-21 semanas	2.033	2.072	2.155	2.227	2.275
≥22 semanas	1.253	1.290	1.400	1.465	1.434
Total	82.565	84.180	87.590	90.560	92.428
Interrupciones del embarazo por motivos médicos					
15-22 semanas	5.176	5.429	5.450	5.532	5.708
≥23 semanas	178	144	160	214	113
Total	5.354	5.573	5.610	5.746	5.821
Muertes neonatales					

³ <http://www.umamanita.es>

Muertes neonatales precoz (0-6 días)	461	489	490	531	519
Muertes neonatales tardía (7-27 días)	213	222	256	241	252
Total	674	711	746	772	771
Total pérdidas gestacionales y neonatales	88.593	90.464	93.946	97.078	99.020

Com es pot veure en la taula, l'experiència de la pèrdua d'embaràs i de la mort neonatal no és anecdòtica, cada any la pateixen entre 90.000 i 100.000 dones de l'estat espanyol.

Durant el transcurs de l'elaboració d'aquesta tesi, el tradicional silenci sobre la pèrdua gestacional (Layne, 1997) s'ha anat esquinçant a poc a poc. El dol gestacional i perinatal té des de fa poc una presència creixent en la literatura acadèmica, especialment en l'àmbit de la psicologia clínica (per exemple, Wright i Carpenter, 2023) però també en l'àmbit de la sociologia (per exemple, Cassidy, 2023), i per descomptat, des de fa una mica més de temps en l'àmbit de la infermeria (per exemple, López, 2011). Aquesta presència acadèmica no és accidental, sinó que respon a l'exigència creixent de les famílies dolgudes de veure reconegut el seu dol, a través de la creació de grups d'ajuda mútua i d'associacions d'afectades, com *Petits amb llum*, *Anhel* i *Petits Estels d'Andorra* a nivell català o bé *Umamanita* i *Red 'el hueco de mi vientre'*, a nivell espanyol. L'activisme d'aquestes associacions ha portat també a la creació de guies d'acompanyament als dols gestacional i perinatal per part d'administracions públiques i hospitals⁴. Diverses raons poden explicar aquest trencament del silenci sobre la pèrdua. Per descomptat, l'auge del feminisme i la reivindicació de les dones del dret sobre els

⁴ Vegeu, per exemple:

https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Vida_saludable/Etapes_de_la_vida/final-vida/cures-paliatives/documentacio/professionals/dol_perinatal_cat.pdf

nostres cossos, i per tant al reconeixement públic de tot allò que ens passa. També la tendència en la postmodernitat a valorar les emocions i donar-los un lloc en l'esfera pública. Però, també hi ha tingut un paper la tecnologia reproductiva, que ha facilitat el coneixement de l'embaràs molt abans del que era habitual, provocant que la seva pèrdua s'hagi hagut de comunicar a tothom a qui s'havia comunicat l'embaràs abans dels tres mesos habituals. D'una manera o altra, les pèrdues han entrat a l'esfera pública i per tant, les reivindicacions que hi estan associades. Se'n publiquen llibres, especialment dins del gènere de l'autoajuda i se'n fan reportatges. Per exemple, el 2019, un 30 minuts de TV3 anomenat *Sense batec* va recollir les diferents iniciatives d'ajuda mútua i reivindicació, donant veu a mares i pares en dol, visibilitzant pràctiques artístiques vinculades al tema i exposant les xifres de les pèrdues i els protocols de bones pràctiques de les unitats hospitalàries. Com a exemple poderós d'aquesta necessitat de reconeixement de la persona no nata, dels seus pares i del dol legítim, una de les iniciatives que s'ha consolidat amb força a Catalunya és la de crear espais en els cementiris per als no nascuts. Els darrers anys molts cementiris catalans han anat incorporant espais *ad hoc* per a poder viure amb legitimitat un dol fins ara desautoritzat. El primer va ser el de Cervera el 2018, al qual van seguir el de Torelló, el d'Arenys de Mar, el de Sant Cugat i una llarga llista d'incorporacions de nous cementiris cada any.

A més a més, i ja des de l'any 2009, a partir del sisè mes de gestació, les mares o persones gestants que perdin l'embaràs poden demanar una baixa per maternitat de 16 setmanes (Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, 2009), anomenada actualment prestació per naixement i cura del menor. Val la pena subratllar que els pares i mares no gestants no tenen dret a aquesta prestació, cosa que contribueix a essencialitzar la maternitat, i el dol haurà de ser viscut en soledat. Per descomptat, qui tampoc té dret a aquesta baixa de maternitat són les dones embarassades que pateixen una pèrdua d'embaràs de menys de 22 setmanes. Si necessiten un temps per recuperar-se hauran de demanar una baixa mèdica comuna i dependran per tant de la sensibilitat del seu metge o metgessa.

1.2. La dona embarassada com a mare i la producció tecnicomèdica de l'estatus de persona del fetus

Actualment les dones embarassades són enteses, i sovint s'entenen elles mateixes, com a mares, és a dir, com les principals cuidadores del fetus que porten dins i com les últimes responsables del que passi durant l'embaràs. Així, no només se'ls demana que cuidin la seva salut durant l'embaràs, sinó també la del fetus, i se les considera imprudents o egoistes si les seves accions es perceben com a perilloses per a la salut fetal (Wetterberg, 2004). Les dones embarassades son objecte d'instrucció, vigilància i punició mèdica, social i fins i tot penal (Humphries, 1999; Litt i McNeil, 1997; Kant, 2014, citades a Wetterberg, 2004), i sovint es posa la salut del fetus per davant de la de la dona (Wetterberg, 2004, Casper, 1998). Com afirma Amy Salmon (2000) en una recerca sobre les polítiques de prevenció del síndrome alcohòlic fetal destinades a dones embarassades pertanyents a les nacions originàries (*first nations*) i inuit del Canadà, les dones embarassades son «ciudadans reproductius», i l'embaràs és concebut com una pràctica ètica. Ser una «bona embarassada», i per tant sotmetre's a la medicalització del propi embaràs equival a ser una ciutadana canadenca responsable, i no fer-ho comporta culpa i vergonya, també en relació a la pròpia comunitat.

Alhora, les dones embarassades també exerceixen aquesta vigilància sobre si mateixes i procuren la bona salut dels fetus, no només seguint les recomanacions mèdiques sinó, tot sovint, llegint manuals, revistes i pàgines web que incrementen la intensitat i el nombre d'aquestes recomanacions (Wetterberg, 2004). I és que, segons Deborah Lupton (2012), la representació del fetus que domina actualment en la societat contemporània és la d'un ésser fràgil, pur i vulnerable, mentre que la panxa embarassada es veu, d'una banda, com un lloc de protecció i seguretat per al fetus, i alhora com un lloc permeable i obert al perill. Aquesta permeabilitat fa que el fetus pugui ser fàcilment contaminat. Per tal que això no passi, es commina la dona a gestionar el seu cos (mitjançant controls de pes, de consum alimentari, d'exercici, revisions mèdiques...) i la seva ment (intentant no estressar-se, estimar el fetus...),

per tal de produir un nadó sa, perfecte i estimat. Per dir-ho ras i curt, les dones embarassades comencen a fer de mares durant l'embaràs.

El constructe de maternitat que responsabilitza la dona del benestar dels seus fills i que la converteix en una dona que se sacrifica per amor a la seva prole neix, com explicaré, després de l'Antic Règim. Tanmateix, aquest constructe no és automàticament traslladable al període de la gestació. Abans de comptar les dones embarassades entre les mares devotes i responsables dels seus fetus, caldrà que els fetus estiguin entre els infants a qui cal garantir la vida, la salut i el benestar. Això no comença a ser així fins ben entrat el segle XX, quan és tècnicament possible accedir als fetus per curar-los o cuidar-los, per fer-ne «pacients no nascuts» (Casper, 1998). Així, si bé la medicalització de l'embaràs i el part i, doncs, la pèrdua de control de les llevadores i les dones sobre aquest procés sí que comença en aquest mateix segle XVIII (Ehrenreich i English, 1979; Oakley 1984, citades a Wetterberg 2004), fins el 1930 les úniques intervencions mèdiques tècnicament possibles durant l'embaràs estaven dirigides a la salut de la dona embarassada, i no serà fins aleshores que, amb l'administració per primer cop de penicil·lina al fetus per prevenir-lo de contraure la sífilis, comença a poder-se intervenir directament en la salut fetal (Casper, 1998). A partir d'aquest moment se succeeixen un conjunt d'innovacions tècniques que canvien la mirada clínica i separen el fetus de la dona embarassada (Wetterberg, 2004) o, com ho diu Monica Casper (1998) en el seu llibre sobre com la cirurgia fetal converteix els fetus en pacients, «cada avenç tècnic ha fet que l'úter i el seu contingut sigui més visible, sovint esborrant les dones embarassades en aquest procés».

Nick Hopwood (2000), en canvi, situa l'inici de la separació entre gestants i gestats al segle XIX, amb el treball de Wilhem His (1831-1904), el científic que crea les bases de l'embriologia tal i com la coneixem actualment. A partir de la descripció dels problemes pràctics que va tenir His per construir una sèrie ordenada d'il·lustracions d'embrions a partir d'una mostra petita d'embrions avortats, que moltes vegades rebia ja en mal estat, Hopwood (2000) explica com el mateix desenvolupament embrionari és el resultat d'una producció semioticomaterial concreta i de les tries d'un home, discutides en aquell moment per altres científics que apostaven per altres models, que prioritzava la simplicitat i la representabilitat

del desenvolupament embrionari per damunt de la comprensió de la complexitat. Entre altres eleccions de His, com l'exclusió dels embrions amb un desenvolupament patològic, és rellevant la de l'exclusió del còrion dels seus dibuixos, de manera que fa l'efecte que l'embrió no està lligat a la dona embarassada i es desenvolupa tot sol.

En un article més recent, Sara DiCaglio (2017) també explica la producció del desenvolupament embrionari, però aquest cop pren els treballs de l'institut Carnegie a final del segle XIX fins als actuals estudis centrats en la genètica i l'epigenètica. L'autora posa en relleu que la construcció del desenvolupament embrionari s'ha fet a partir d'etapes fixes i normatives que van des del zigot al nadó i que hi ha una manca d'atenció a les diverses potencialitats que té la matèria vital. Aquesta manera de construir-se el desenvolupament contrau el temps i fa que ens representem els òvuls fecundats com a embrions, els embrions com a fetus, i els fetus com a nadons, i que, finalment només ens fixem en el principi i el final en què un òvul fecundat seria directament un bebè, quan el cert és que els òvuls fecundats tenen diversos camins possibles a recórrer. Aquesta anticipació «òvul fecundat = bebè» demana afecte, de manera que la ciència i la tecnologia mèdiques empenyen les dones a prendre decisions i a emocionar-se tenint en compte aquesta equació, i no entenen l'embrió o fetus com el que és en aquell precís moment.

A part d'aquestes recerques de caràcter històric, nombroses recerques amb voluntat desessencialitzadora, sovint preocupades pel control que s'exerceix sobre les dones embarassades així com pel sempre amenaçat dret a l'avortament, han posat de manifest que l'estatus del fetus també és fruit d'una producció tecnosimbòlica. Per exemple, en un altre treball, la mateixa Casper (1994) compara els significats que tenen els fetus i les dones per als cirurgians fetals d'una banda i per als científics que fan recerca amb teixit fetal per l'altre. Per als primers, el fetus apareix com un organisme complet, un ésser viu amb agència, consciència i personalitat, és subjecte de verbs d'acció, i se l'anomena *the kid*, *the baby*, *he/she* o *the patient*, mentre que les dones esdevenen secundàries, simples receptacles, part de la tecnologia disponible, obstacles per a accedir i operar el fetus o perills per a la supervivència del fetus en el postoperatori. Per als altres, la producció del fetus es distancia de la idea de

persona i esdevé un conjunt de cèl·lules, d'òrgans, una eina de recerca o una tecnologia terapèutica. En cap dels dos casos, però, no hi ha discussió entre científics sobre la *personhood* del fetus, que defineixen allò humà en termes biològics i com una categoria natural. L'existència de dues construccions simultànies, doncs, fa que ens haguem de qüestionar la dicotomia entre el que és una persona i el que no ho és.

També alguns autors han treballat sobre la manera d'anomenar els fetus, que poden ser més o menys humanitzadora. Així, Nicole Isaacson (1996) examina la construcció discursiva del fetus en textos d'obstetrícia de diferents períodes del segle XX i troba una representació creixent del fetus com a bebè i com a ésser separat de la dona que el gesta, i Luc Boltanski (2004), en el seu estudi sobre l'avortament induït, mostra com els metges utilitzen categories més o menys humanitzadores per anomenar els éssers concebuts d'una mateixa edat de gestació segons si la dona ha decidit tirar endavant l'embaràs o no.

La tecnologia ecogràfica ha estat també objecte d'un gran interès, i diverses autores relacionen la possibilitat que ofereix d'obtenir imatges de l'embrió o el fetus amb la seva singularització, amb l'emergència del fetus com a subjecte i amb l'esborrament de la dona embarassada. Si Monica Casper (1998) situava més enrere en el temps les intervencions sobre el fetus que el converteixen en pacient, el cert és que la cirurgia fetal és una pràctica extremadament inusual, mentre que l'ecografia ha esdevingut d'ús normal en els embarassos contemporanis, de manera que aquesta singularització s'hauria desplegat.

Imaz (2001, 2010), per exemple, nota que l'escissió entre fetus i dona que té lloc en la pràctica de l'ecografia fomenta la invisibilització de la dona gestant com a subjecte de coneixement que es trasllada als i les professionals sanitàries, perquè «el diàleg entre metge i fetus s'estableix sense necessitat de mediació» (Imaz, 2008). El coneixement de la dona sobre el seu cos, doncs, queda inutilitzat i atrofiat, i la dona es converteix «en espectadora del seu propi embaràs» (Tubert, 1991, citada a Imaz, 2001). En el seu treball empíric, Imaz (2010) observa que aquesta manca de coneixement «de les necessitats vertaderes del bebè» i qualsevol incompliment del cànon mèdic produeix angoixa i culpabilitat a les dones entrevistades. Resultats semblants també els troben Montes-Muñoz et al. (2009) en una

investigació on analitzen les representacions de l'embaràs a partir dels relats d'ecògrafs i de dones embarassades que s'han sotmès a una ecografia i/o l'amniocentesi. Les autores troben que amb la pràctica d'aquestes tècniques es reforça la dependència de les dones respecte del poder mèdic, la seva desconfiança envers els propis sabers i percepcions dels processos corporals, i el sentiment de responsabilitat del benestar d'un fetus convertit en ésser social precoçment, la qual cosa reforça el rol normatiu de mare.

En un estudi fet a Grècia per Eugenia Georges (1996), i basat en observacions en un hospital públic petit i entrevistes a dones embarassades i a professionals, s'exploren els mecanismes pels quals les dones i els metges accepten el coneixement produït a través de l'ecografia. S'argumenta que la legitimitat de l'ecografia per a generar coneixement, no només beu del discurs de la racionalitat científica, sinó que resideix sobretot en la seva capacitat de generar una sensació de realitat de l'embaràs, de seguretat, així com el plaer visual i sensació de contacte amb el fetus, cosa que fa que les dones demanin ecografies activament. Pel que fa als metges, també s'identifica un discurs ple d'emocionalitat, i no només tècnic, sobre les ecografies. Les seves emocions tenen a veure amb l'orgull de posar mare i fill en contacte i també en el fet de practicar "medicina moderna". El treball de Georges (1996), doncs, no només es considera el paper que té l'ecografia en la producció de coneixement legítim en tant que les dones estan insertes en el si d'una relació de poder i on hi imperen els discursos científistes, sinó també tenint en compte el potencial de la tecnologia de produir una nova experiència emocional de l'embaràs.

La historiadora del cos Barbara Duden, a la col·lecció d'articles que conformen el llibre *Disembodying women: perspectives on pregnancy and the unborn* (1993), analitza els canvis històrics que ha patit l'experiència de l'embaràs, repassant les notes i representacions del fetus al llarg de la història d'Occident —fins al segle XX, unes poques anotacions i il·lustracions— i les idees de "vida" en diverses tradicions religioses. En aquest repàs nota com el fetus desconegut esdevé conegut i singularitzat com a efecte de l'ús de l'aparell d'ecografies, els raigs x i les fotografies. Segons l'autora, la dona gestant és eclipsada i esdevé un ecosistema per al

fetus, que al seu torn és una espècie a protegir, un objecte sagrat o transcendental. Com escriu ella,

en el curs d'una generació, la tecnologia i un nou discurs han transformat l'embaràs en un procés que ha de ser gestionat, la criatura que s'està esperant en un fetus, la mare en un ecosistema, el no nascut en una vida i la vida en un valor suprem (Duden, 1993, p.2.). [La traducció és meua].

També Donna Haraway (1997|2004), en un capítol anomenat «Feto. El espéculo virtual en el Nuevo Orden Mundial», explica com les tecnologies de visualització han fet del fetus una icona de «la vida mateixa». La visualització del fetus i la seva descripció, diu Haraway (1997/2004), són performatives, el fetus cobra vida, i «la vida mateixa» és objecte d'experiència. El fetus, doncs, com també apuntava Georges (1996), existeix dins una cultura visual tecnocientífica que el converteix en un ésser carnós que inspira tendresa. En aquest sentit, Haraway, així com Duden (1993) i també Petchesky (1987), han fet notar el poder en l'opinió i les polítiques públiques sobre l'avortament de les tendres imatges fetals, flotant en la foscor de l'espai exterior, aparegudes per primer cop a la revista *Life* el 1965, i que des d'aleshores es van començar a utilitzar com a argument provida. Davant de fotografies de fetus i d'imatges d'ecografia, un avortament ja no és només un pecat contra la voluntat de Déu, que és qui dona la vida i la treu, sinó que, com apunta Boltanski (2004), significa directament matar un infant que encara no ha nascut.

En aquesta mateixa línia, l'antropòloga Lisa Mitchell escriu *Baby's first picture: ultrasound and the politics of fetal subjects* (2001), un treball etnogràfic que inclou observacions de sessions d'ecografia en un hospital de Montreal i entrevistes a dones embarassades abans i després de la seva primera experiència ecogràfica prenatal, on es recull l'evolució de les percepcions que les dones tenen de l'embaràs i del fetus. Mitjançant l'observació participant i més entrevistes, també es recull el discurs del personal sanitari sobre la tècnica, les seves percepcions dels fetus i les seves actituds envers les dones. Mitchell mostra com la monitorització del cos de les dones mitjançant l'ecografia ha estat normalitzada, les imatges obtingudes per ultrasò han adquirit el significat de “primera fotografia del bebè”, i la

primera ecografia és ara la primera experiència de l'existència del fetus. Aquesta eina obstètrica, que per als professionals sanitaris és una eina neutra que els permet “veure” el sexe, l'anatomia, el creixement, el comportament motor, els patrons de son, el comportament masturbatori i la personalitat d'un fetus digne de ser psicoanalitzat (Mitchell i Georges, 1997), ha creat un subjecte nou, no sense conseqüències en matèria de drets reproductius de les dones.

En un altre estudi, la mateixa autora, juntament amb l'anteriorment citada Eugenia Georges (Mitchell i Georges, 1997), fa una comparativa dels resultats de l'estudi de Montreal amb els obtinguts en l'estudi fet a Grècia per comprovar si hi ha similituds i diferències entre les percepcions de les dones quebequeses i de les gregues. En aquest article, atenent la definició del cyborg com un “subjecte coconstruït per humans i no humans”, i la màquina com una part de la nostra corporalitat (Haraway, 1991, citada a Mitchell i Georges, 1997), s'argumenta la necessitat d'estudiar les modulacions d'aquest fetus-cyborg (Davis-Floyd i Dumit, 1998) quan aquest està situat en contextos culturals diferents. Les autores troben que en tots dos contextos l'ecografia converteix en real l'embaràs (un equivalent a les primeres percepcions del moviment del fetus), però que a Montreal representa el moment en què mares i pares “coneixen el bebè”, un individu diferent de la dona, representat com un ésser autònom i conscient, mentre que a Grècia la individualitat del fetus no és tan evident, sinó que aquest se singularitza a partir de la seva inserció en una xarxa de relacions socials. La tecnologia per si sola, doncs, no produeix individus fetals, sinó que el significat prové de la interacció entre humans i no humans i dels significats prèviament compartits en un determinat espai.

Sense ànims de simplificar, aquestes paraules de Donna Haraway resumeixen molt bé les idees d'aquest conjunt d'autores:

[...] las futuras madres se enlazan emocionalmente con sus fetos a través de aprender a ver en pantalla a la criatura en desarrollo durante un sonograma. Y así también lo hacen los padres, tanto como los miembros del Congreso y el Parlamento. El sonograma es literalmente una pedagogía para aprender a ver quién existe en el mundo. Seres y sujetos son producidos en este tipo de “experiencias vividas”. Los movimientos del feto, o el testimonio materno del movimiento del futuro bebé invisible dentro de su útero, no tienen aquí la

autoridad epistemológica ni experiencial que tenían, y tienen, bajo otro tipo diferente de modalidades históricas de corporalidad (Haraway, 1997|2004, pàg. 207).

Un altre treball particularment interessant que ajuda a reflexionar sobre la *personhood* com a producció sociomaterial és el de Beth Conklin i Lynn Morgan (1996). Contràriament a les autores anteriors, aquestes no se centren en l'ús d'una sola tecnologia com l'ecografia o en la possibilitat d'obtenir imatges com a font de la singularització actual del fetus, sinó que argumenten que l'adquisició de la *personhood* té lloc de manera processual i dinàmica, a través de diferents moments crítics. En el seu treball comparatiu, posen de costat les maneres com els fetus adquireixen l'estatus de persona i per tant se'ls garanteix un lloc a la comunitat, a la societat nord-americana d'una banda i a la societat amazònica 'wari de l'altra. Les autores veuen els moments de la gestació, el naixement i la infància com moments de trànsit en què les complexitats i les contradiccions de les ideologies normatives de la *personhood* s'exacerben. En aquests moments, l'estatus de persona és imminent, però no està assegurat encara, i les societats intenten resoldre les ambigüitats d'aquest procés de convertir-se en persona apel·lant a models del cos que situen la *personhood* en característiques corporals específiques. Així, segons troben les autores, als Estats Units, bona part del discurs sobre la *personhood* va lligat a definicions mèdiques sobre quan l'organisme desenvolupa certes capacitats —com la consciència o la possibilitat de supervivència fora de l'úter—, i els wari' invoquen un model corporal basat en l'intercanvi de fluids corporals i aliments —com la sang menstrual, el semen i els aliments que consumeix la mare—, que van formant un cos fetal permeable al llarg de l'embaràs, i la llet materna, que dona finalment l'estatus de persona al nadó, un cop aquest n'ha pres per primera vegada. De nou, doncs, l'article dibuixa l'estatus de persona com una categoria social dinàmica i ens mostra com els cossos i les persones es produeixen de la manera que es produeixen perquè ho fan en contextos socials i pràctiques discursives i materials determinades.

En un altre article de caràcter teòric, la mateixa Lynn Morgan (1996) observa que la manera com es tracta la relació maternofetal des de l'acadèmia feminista no fa sinó replicar aspectes de l'individualisme occidental com la divisió cartesiana entre cos (associal, previ a la persona) i persona (social i mental) o la fusió entre naixement biològic i naixement social, que no té l'aplicació universal que se li suposa, i deixa de banda la reflexió sobre la construcció de la relacionalitat. En el feminisme occidental preocupat pel dret a l'avortament, el naixement seria el moment en què l'ésser començaria a ser persona perquè esdevé un individu separat de la resta. Aquest punt de vista és problemàtic pel seu reduccionisme biològic, perquè utilitza l'autonomia física per definir el que és una persona i per tant és capacitista, i perquè no és gradual i per tant posa en un mateix pla experiències diferents com un avortament al primer trimestre i una pèrdua al final de l'embaràs. A més a més, aquesta manera de definir la *personhood* enyoraria un passat ideal on el naixement biològic i el social coincidien, però que actualment ja no es pot sostenir i que, per acabar-ho d'adobar, divideix les dones en dues categories: les bones mares o naturalitzades, que respecten el significat del naixement, i les males mares o mares monstruoses, que no ho fan i abandonen o negligeixen els seus fills. A més, des d'aquesta posició també es podria argumentar que la mare emergeix d'un esdeveniment natural com és el part, i que, els homes o les dones que no han parit no tindrien capacitat per cuidar els seus fills, de manera que es limiten les possibilitats de compartir la criança o d'adoptar. Un darrer problema que esmenta Morgan és la negació de la legitimitat del dol en cas de pèrdua d'embaràs. A la llum del seu treball etnogràfic amb la societat wari', Morgan proposa que una alternativa a la relacionalitat feminista occidental és veure els fetus com una amalgama d'influències socials que permeten que es constitueixi una persona. Així, no només el *self* cognitiu està construït socialment, sinó que també ho està la substància corporal, i per tant, les relacions socials estan implicades en la formació de la persona des del festeig dels pares fins la mort (o més enllà). Així doncs, l'avortament induït —i l'experiència de la pèrdua d'embaràs— no és, segons Morgan, un problema lligat a les qualitats del fetus, sinó un problema lligat al context social, que ha de ser analitzat incloent-hi les categories de gènere,

classe i raça, així com també les relacions amoroses i familiars, la religió, l'existència d'assegurança mèdica, el marc legal, la política nacional i l'ús de tecnologies mèdiques.

1.3. Personhood i personalitat civil

Pel que fa al marc legal, al nostre país, jurídicament doncs, la *personhood* s'anomena personalitat civil. Adquirir-la representa el moment en què la persona queda subjectada a la sèrie de drets i deures que la legislació preveu per a cadascun de nosaltres, un fet que sol succeir al voltant del naixement. El relativament nou Codi Civil de Catalunya de 2010 preveu que: «1. *La personalitat civil és inherent a la persona física des del naixement*» i «2. *El concebut té la consideració de persona als efectes que li siguin favorables, sempre que arribi a néixer*» (Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi Civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família, 2010). El Codi Civil espanyol, que va ser modificat el 2011 a instàncies de l'aleshores anomenada minoria catalana del Congrés, per tal de fer-lo més semblant a la versió catalana, ara diu que «*La personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno*» (Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil). Tot i l'acostament al català, el Codi Civil espanyol matisa dues coses: que el naixement ha de ser amb vida i que la consideració de naixement no es té fins a la separació completa de la persona gestant. D'aquesta manera, en ambdós codis, el naixement es converteix en l'acte que atorga identitat, estat civil i altres circumstàncies de la persona (article 4 de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil, 2011). Fet que es materialitza amb l'atorgament al nadó, ara ciutadà o persona civil, d'un codi personal alfanumèric, únic i invariable en el temps (article 6).

El naixement amb vida i la separació de la gestant, són per tant l'inici de la vida civil en el nostre context. Tot i que sembla una frontera simple, en realitat la història que el precedeix ens mostra que no és ni senzilla ni evident. Anteriorment, l'article 30 especificava dos requisits diferents: que tingués figura humana i que hagués sobreviscut un dia separat de la gestant: «*Para los efectos civiles, solo se reputará nacido el feto que tuviere figura humana y viviere veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno*» (Real Decreto de 24 de julio

de 1889, por el que se publica el Código Civil, 1889). Jurídicament per tant, el naixement no sempre ha estat l'inici de la vida civil, sinó que aquest ha requerit de dos elements clau més, una autonomia fora del sí matern (fins fa poc eren 24 hores de separació, però és una xifra variable històricament que havia estat de setmanes o mesos) i la semblança a un ésser humà.

Les preocupacions jurídiques estan centrades en els efectes civils (herències i successions) i també penals (en quin moment es pot ser víctima d'un delictes o agressió), però necessàriament comporten disquisicions sobre en quin moment s'adquireix l'estatus de persona, si seguim a Cabanillas (s/d), podem veure que ja en el dret romà es discutia si el nadó havia de plorar o bastava amb el naixement per ser persona, i exclouia «monstruos y prodigios». En el dret germànic això no era suficient, calia admetre'l com a fill, donar-li un nom i que passessin almenys nou dies de vida (Cabanillas, s/d). En els codis medievals cristians s'introdueix a més la necessitat de ser batejat per poder ser persona civil. No és fins la segona meitat del segle XIX en què s'anul·la a Espanya el requisit del bateig, però segueix vigent que ha de tenir figura humana i ha de viure més de 24 o 48 hores (el termini oscil·la en diferents modificacions legislatives del Codi Civil). La qüestió de la figura humana s'ha mantingut des de l'antiguitat i fins a principis del segle XXI:

De Castro (9) menciona los siguientes casos: a) los fetos acéfalos, bicéfalos, hemicéfalos, cíclopes, etc., con deformaciones groseras y visibles, que pueden subsistir algunos días, cuya falta de figura humana evidencia la imposibilidad de vivir; b) la inmadurez fetal, en los casos en que, sin producirse la muerte biológica inmediata, la misma falta de forma humana manifiesta su ineptitud para vivir; c), los nacidos de mujer que no sean de raza humana, en el caso de que esto sea posible. (Cabanillas, s/d).

Tot i que aquests debats, especialment el que es derivaria del punt c), no tenen lloc en aquesta tesi en aquests termes, és obvi que els debats contemporanis que metges i gestants tenen, i aquestes amb les seves famílies, sobre la possibilitat d'avortar un fetus amb malformacions, ressonen profundament en aquests debats històrics. No només això, sinó que poden ser l'arrel de l'imaginari capacitista que informa les nostres vides.

Finalment, queda la qüestió de què es un naixement efectiu. En aquesta tesi hi ha naixements de fetus morts, entre d'altres coses perquè a partir d'aproximadament la setmana 14 l'avortament és també necessàriament un part. Així doncs la legislació espanyola preveu de fa poc que als qui moren després dels sis mesos de gestació se'ls pugui atorgar un nom i puguin ser inscrits en un arxiu del Registre Civil (Disposició addicional quarta de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil, 2011). Un acte simbòlic, ja que es tracta d'un registre a part i que no té cap efecte jurídic de reconeixement del naixement ni, per tant, de l'existència d'una persona en algun moment. Arribar al sisè mes de gestació, doncs, produeix protopersones legals, però també contribueix a produir subjectivitats maternes o paternes.

1.4. La maternitat com a construcció social

En les darreres dècades, la maternitat en les societats occidentals ha estat àmpliament investigada i posada en qüestió en els estudis de gènere i en l'acadèmia feminista (de Beauvoir, 1949|1986; Rich, 1976/2022). Aquesta recerca ha mostrat que la maternitat és un constructe històric i cultural a partir del qual s'ha considerat que ser mare és una part essencial i natural de la subjectivitat femenina, necessària per a una sensació psicològica de completesa, i que les dones sense fills sovint s'han considerat desviades o dignes de commiseració (Arendell, 2000).

De les dones, però, no només s'espera que siguin mares, sinó que siguin «bones mares», és a dir, que compleixin el seu rol segons uns estàndards idealitzats. Barbara Hays (1998), a partir d'entrevistes a mares d'infants de 0 a 3 anys i d'una anàlisi textual de manuals de criança, identifica una ideologia que anomena maternitat intensiva (*intensive mothering*). Aquesta ideologia sosté que les mares han de ser les cuidadores principals de les criatures i que la criança ideal és intensiva i guiada per experts. Entre les característiques de les bones mares que destaca Hays (1998) hi ha el sacrifici, la generositat, l'amor incondicional, la dedicació completa i devota a les criatures, i el fet de posar els interessos dels seus fills i filles per davant dels seus. Segons aquest constructe, ser mare és un exercici que se centra en el nen i que és molt costós per a les mares, que han de posar en joc gran quantitat de recursos físics, emocionals, econòmics i temporals. Així mateix, es considera que les capacitats de les dones

per ser mares son naturals o essencials, de manera que es negligeixen les «circumstàncies, relacions de poder i interessos que han fet de les dones les principals responsables de la cura» (Hays, 1998).

Com explica Imaz (2010), al capítol XX del seu llibre *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación* diverses recerques històriques (vg. Badinter, 1991; Ariès, 1973/1987; Laqueur, 1990/1994) han posat de manifest com s'ha construït la maternitat al llarg de la història i han identificat el segle XVIII com el moment en què es comença a construir la maternitat tal i com s'ha descrit més amunt en una maniobra discursiva que inventa l'«instint maternal». Aquesta operació fa que les mares assumeixin i es responsabilitzin del projecte biopolític de la modernitat de controlar i augmentar la població dels estats, considerada com a mà d'obra i poder militar, mitjançant la reducció de la mortalitat infantil. Complementàriament, també és aquest el moment en què s'inventa «la infància», és a dir, el moment en què aquesta etapa de la vida comença a considerar-se fonamental en la formació de l'ésser humà i la figura de l'infant adquireix un valor que va molt més enllà de l'econòmic, convertint-se en l'alegria de la casa i es deixa enrere la imatge de l'infant com un home o una dona en miniatura. Finalment, també és al segle XVIII quan s'inventa el sexe tal i com el coneixem avui dia, de manera que si anteriorment s'havia considerat el sexe femení com una versió imperfecta del model masculí, és a partir d'aquest moment en què els dos sexes es converteixen en oposats i complementaris, i la subordinació femenina no es justificarà tant per la seva inferioritat com per la seva diferència.

En el segle de la Il·lustració, doncs, les dones, en la seva especificitat femenina i amb el seu instint maternal, esdevenen les úniques encarregades de cuidar el tresor que és la infància, i la mortalitat infantil tindrà com a culpables la manca d'atenció materna i les males costums de criança. Així doncs, com exposa detalladament Imaz (2010), és a partir d'aquest moment, i fins als nostres dies, en què les dones en tant que mares o futures mares comencen a ser educades per metges, pediatres i filòsofs-pedagogs per exercir de (bones) mares, la qual cosa és paradoxal, ja que la maternitat esdevé alhora instintiva en la dona i necessitada d'instrucció, generalment masculina. De fet, es fa ús de dades etnogràfiques per promoure un «retorn a la

naturalesa» a través del descobriment de les pràctiques de les mares dels «pobles salvatges» (Maquieira, 1989, citada a Imaz, 2010). Les dones urbanes i adinerades comencen aleshores a abandonar paulatinament l'alletament a través de dides, a qui es va començar a retratar com a dones brutes i una mala influència per a les criatures, i l'enfaixament que mantenia immòbils i segures les criatures mentre la mare feia altres tasques. Alletar els propis infants i beneficiar el moviment lliure dels bebès van ser pràctiques que permetien una major relació corporal amb el bebè i un desenvolupament de la tendresa, però exigia una major presència i dedicació per part de les mares, que comencen a ocupar-se dels fills a temps complet, a incloure rutines com el bany diari i el canvi regular dels bolquers i a vigilar la seva alimentació durant l'alletament per garantir-ne una bona qualitat. Més endavant, ja a final del segle XIX, és el torn de les dones pobres, a qui es considera ignorants i s'acusa d'abandonar els seus fills a casa per anar a treballar i, per tant, de mantenir les encara altes xifres de mortalitat infantil. En aquest moment, es comença a proveir les dones de classe treballadora de sabers sobre la maternitat i la cura que es revesteixen de científicitat, i s'aproven a l'Estat espanyol les primeres lleis de regulació de les condicions de treball de dones i infants, així com els primers permisos maternals i de lactància (Palacio Lis, 2003, citada a Imaz, 2010) que estenen les pràctiques de maternitat intensiva a totes les capes de la població.

Tant aquest conjunt de discursos, lleis i pràctiques de maternitat que eleven la dignitat de l'infant, que el fan més *persona*, com el fet que, efectivament, aquestes mesures higièniques i de protecció fessin disminuir la mortalitat infantil i que per tant les dones es desacostumessin de la mort, donessin la supervivència dels fills per feta i la inversió emocional no fos tan costosa, permeten l'aparició de l'amor matern incondicional tal com el coneixem ara. I és que la subjectivitat materna mai ha anat deslligada de la *personhood* que s'atorga a l'infant ni de les seves possibilitats tècniques de sobreviure.

Per tot això, en la present recerca tinc l'objectiu d'estudiar com les pràctiques materials i simbòliques que es duen a terme en l'àmbit ginecoobstètric, en negociació amb la dona embarassada i en context d'embaràs i de pèrdua de l'embaràs, generen les fronteres dinàmiques entre els fetus que són persones i els que no ho són i entre les dones que són mares i les que no ho són. Tot això sempre assumint, i ampliant cap a les dones embarassades i la seva subjectivitat materna, l'afirmació de Morgan (1996) quan diu que, com a investigadores, no estem revelant veritats sobre la *personhood* dels fetus, sinó implicant-nos en el procés situat de produir persones.

Així doncs, per a aquesta tesi plantejo els següents objectius:

Objectius generals:

- Observar i descriure les pràctiques ginecoobstètriques que contribueixen a definir la *personhood* del fetus i a produir subjectivitat materna.
- Estudiar la relació entre aquestes pràctiques i definicions i l'experiència subjectiva d'embaràs o maternitat en casos de dones que hagin viscut pèrdues o risc de pèrdues gestacionals.

Objectius específics:

- Descriure el procés dinàmic d'adquisició i/o de problematització de la *personhood* de l'embrió, fetus o bebè al llarg de l'embaràs (enfocament longitudinal).
- Dilucidar la relació entre l'estatus de persona del fetus, l'estatus de mare i la subjectivitat materna.
- Explorar el procés de negociació de significats que les dones posen en joc per a donar sentit a l'experiència d'embaràs i/o de pèrdua gestacional, ja sigui assumint ja sigui modificant o rebutjant les definicions mèdiques.
- Donar compte de la diversitat d'experiències de l'embaràs i de la pèrdua de l'embaràs.

- Posar en diàleg les diferents experiències i posicions recollides en el treball de camp.

Capítol 2. Etnografiar l'embaràs i pèrdua d'embaràs a la ciutat d'Ossina

«I write about you all the time, I said aloud.

Every time I say «I», it refers to you.»

Del poema «Visitors from Abroad»,

de Louise Glück.

En aquest capítol descriu la metodologia d'aquesta tesi, que situo en la tradició de la recerca etnogràfica (Agar, 2008; Hammersely i Atkinson, 1983/1994; Velasco i Díaz de Rada, 1997; Wolcott, 1999), i més específicament en la ja llarga tradició de l'etnografia feminista (Abu-Lughod, 1990; Stacey, 1988; Ghosh, 2016; Davis i Craven, 2020) i en la línia de recerca etnogràfica més recent preocupada pels efectes de l'escriptura i la reflexivitat (Emerson, Fretz i Shaw, 2011; Goodall, 2000; Van Maanen, 2011). Feminisme, escriptura i reflexivitat són tres preocupacions que es retroben en la tradició autoetnogràfica (Esteban, 2004, 2017; Ellis, 2004; Ellis i Bochner, 2000) de la qual provinc i en la qual em situo.

Honorant aquestes tradicions, exposo aquí la metodologia de la manera més directa possible, a través de la descripció del treball de camp, que consisteix en un període d'observació participant a l'hospital i al servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva de la ciutat d'Ossina⁵ i de nou entrevistes a dones que han perdut un o més embarassos. De cadascun d'aquests camps, en descriuré allò que m'ha semblat més rellevant per a situar la lectura: en el cas de l'observació participant, descriu els espais físics i els temps d'observació, les persones que participen al camp, la manera com hi he accedit; per a les entrevistes, enumero i descriu breument els casos de les dones entrevistades. A més, per a tots els camps també explicaré la manera com he recollit les dades, així com les limitacions i dificultats ètiques i metodològiques amb què m'he trobat. Tot i que aquest treball no s'hagi plantejat ni

⁵ Nom fictici amb el qual em refereixo a la ciutat que acull l'hospital i el centre d'atenció primària on vaig dur a terme el treball de camp per a aquesta recerca. Tots els noms de persona que apareixen en aquesta tesi són pseudònims.

pot considerar-se una autoetnografia, la meua pròpia experiència reproductiva també ha acabat formant part del camp. L'he apuntada de manera integrada al llarg del text.

2.1. Observació participant

2.1.1. L'hospital d'Ossina

Per fi arriba la safata amb el dinar de l'Alícia, a qui ja fa una estona que li han donat medicació perquè pugui expulsar el fetus que porta mort al ventre. Encara trigarà hores, i si és en una sala de dilatació de la sala de parts² és perquè encara no li han trobat una habitació disponible a planta. Ara que s'ha arreglat el malentès que hi havia hagut amb la cuina, nosaltres també aprofitem per baixar a la cafeteria a dinar. «Nosaltres» som l'Andrea, la Sarita —totes dues llevadores— i jo. Crema de verdures i pollastre amb patates fregides mentre parlem de fer dieta i d'anar al gimnàs i de les sèries que mirem al vespre. Tornem a la sala de parts a fer el cafè amb les altres. Hi ha la Laia Vélez, la ginecòloga de guàrdia, i la Irene Mena, una altra ginecòloga que només ha vingut a fer el cafè però que s'hi quedarà una bona estona. També hi ha la Naranjo, l'auxiliar de la tarda, amb qui no havia coincidit mai perquè fins ara ella estava de baixa de maternitat. Es mira els papers per matricular al seu fill a la llar d'infants el curs vinent, marca preus i horaris amb un subratllador fluorescent i explica molt animada les diverses opcions que té i com s'organitzarà l'al·letament quan el nen vagi a la llar. Les altres, gairebé totes mares de criatures ja més grans, riuen de tanta planificació. Tants riures m'inquieten, perquè l'Alícia segur que ens sent. Miro l'Andrea, que no participa de la conversa, i li assenyalo amb el cap i els ulls la sala on hi ha l'Alícia. L'Andrea fa abaixar el volum de la conversa, que torna a pujar de seguida. Al cap de cinc minuts, però, els zeladors venen a buscar l'Alícia per portar-la a planta, així que ja puc deixar de patir per la cridòria durant una estona. No venen usuàries d'urgència, no hi ha cap part, ens passem l'estona xerrant. La Naranjo i la Mena expliquen mil anècdotes sobre la relació entre els seus bebès i els seus gossos, la Laia parla sobre la seva nova afició a muntar a cavall. Jo els explico el meu nou intent fallit d'inseminació i rebo ànims. Al cap de potser dues hores de xerrameca, ens truquen de planta perquè l'Alícia ja ha començat a sagnar. Quan els zeladors la baixen i l'entren altre cop a la sala

de dilatació m'hi acosto i li pregunto com està. «Cagada». Li poso la mà damunt l'espatlla i no dic res.

En aquest moment ja porto uns quants mesos d'observació a l'hospital. Mai arribaré a sentir-m'hi com a casa, però en aquests moments ja em sento bastant desimbolta: el raconet de tensió que tinc a l'abdomen quan xerro amb les professionals ja és molt petit (fins i tot quan parlo amb la Mena!); m'he atrevit a fer aquest gest amb el cap a l'Andrea, i m'he apropiat i he parlat a una dona que està perdent un embaràs sense demanar permís a ningú.

No sempre ha estat així. L'accés a l'hospital va ser lent i costós, i la meva relació amb algunes ginecòlogues va ser força tibant, però és cert que ho podria haver estat molt més, o que fàcilment se m'hagués pogut negar l'accés. Les institucions sanitàries, i en particular el col·lectiu mèdic hospitalari, poden ser força contràries a ser observades per científics socials (Flores Pons, 2014), ja sigui perquè consideren els científics socials poc científics, que fan aportacions de poc valor i que només són una presència que destorba, ja sigui perquè, en aquestes aportacions i presència, poden sentir que la seva pràctica professional és jutjada i criticada per poc empàtica, per poc holística o per gaudir de certs privilegis professionals, entre d'altres. A més, certes pràctiques que es duen a terme en el camp de la ginecologia i l'obstetrícia mèdica, sovint han estat examinades, desaprovaades i qualificades de violentes per científiques socials, activistes feministes, així com per les llevadores (Brigidi, 2019).

És fàcil que les meves pràctiques científiques autoetnogràfiques anteriors (Verdaguer, 2016 i Verdaguer, 2019), i el plantejament del projecte que presento a l'hospital siguin considerades de la mateixa manera. Boylon i Orbe (citats a Reed-Danahay, 2017) diuen que una autoetnografia, si vol ser anomenada crítica, ha d'incorporar tres aspectes de la teoria crítica: «que entengui les experiències viscudes de persones reals en el seu context, que examini les condicions socials i destapi arranjaments de poder opressiu, i que fusioni teoria i acció per a desafiar processos de dominació». Això és el que he tractat de fer en els meus treballs anteriors i també en aquesta tesi, que m'he pres com una oportunitat per parlar en detall de les condicions i les relacions socials —que sempre són de poder— que conformen la subjectivitat materna i que produeixen el subjecte fetus i, per tant, també com una oportunitat

tant de transformació de l'experiència de les dones que perden embarassos com de transformació social —dues cares de la mateixa moneda.

El que em fa diferent i em posa les coses més fàcils a l'hora d'accedir a l'hospital d'Ossina és la meva relació prèvia i els meus vincles amb aquesta institució. D'una banda, el meu pare, jubilat i ja sense influències directes, durant uns 30 anys ha tingut un lloc destacat dins els càrrecs de gestió de l'hospital, i, tot i que mai se m'ha fet explícit, de ben segur que aquest vincle ha tingut el seu paper en les decisions que s'han pres sobre el meu accés al camp.

D'altra banda, conec personalment el Dr. Ros, cap del servei de ginecologia i obstetrícia en el moment que sol·licito l'accés, tant perquè havia estat pacient seva durant l'adolescència —quan encara eren els meus pares els qui prenien totes les decisions relacionades amb la meua salut— com perquè és ell qui, fa poc més d'un any, em diagnostica i em tracta l'embaràs ectòpic cervical que posava la meua vida en risc (vg. Verdaguer, 2019).

A partir d'aquest esdeveniment, el dr. Ros i jo intercanviem algun correu, ja que per raons ètiques el poso al corrent del treball autoetnogràfic que faig sobre la pèrdua de l'embaràs. Més endavant, quan decideixo ampliar el camp per al meu nou projecte, escric un correu al dr. Ros on li explico molt breument l'interès que tinc en fer observació participant al servei de ginecologia i obstetrícia de l'hospital per estudiar altres casos. D'altra banda, tot i la necessitat que veig de continuar aquest camí de recerca, l'anterior treball em deixa esgotada, necessito prendre distància i no parlar més de mi ni del meu procés reproductiu —com ja he dit, això no serà possible. De passada, li pregunto si és possible que després de l'ectòpic m'hagi quedat estèril —fa un any que intento tornar a quedar embarassada, i res de res. Em respon que li sembla una proposta molt interessant i que ell no hi té cap inconvenient. Em diu que el primer pas que he de fer és parlar amb el dr. Tomàs, cap de la Unitat de recerca, per posar en marxa l'estudi. Pel que fa als meus intents fallits, em dona el nom de l'especialista en ginecologia reproductiva de l'hospital perquè demani visita.

El dia que he quedat amb el dr. Tomàs de la Unitat de recerca pujo a Ossina ben aviat. Les instal·lacions de l'hospital estan situades als afores de la ciutat, en un nus de comunicacions que permet un accés relativament ràpid als usuaris que venen d'altres

poblacions de la seva àrea d'influència, ja sigui en transport públic o en vehicle privat. La combinació amb transport públic des de Barcelona, però, és llarga i vull assegurar-me que arribo bé a la meva cita.

Es tracta d'un edifici relativament modern, inaugurat l'any 2000, de cinc plantes, tres d'elles edificades sobre el nivell del sol a l'entrada de l'hospital, i dues de no ben bé subterrànies, ja que el terreny fa pendent. Quan hi arribo em quedo una estona dreta al hall. No entrava en aquell espai des que vaig tenir l'embaràs ectòpic, i em sento aclaparada pels records. ¿Observar els processos de pèrdua gestacional d'altres dones serà prou distància?, ¿em farà patir menys? Allà dreta, mirant la gent que circula, m'adono que no, que tampoc sortiré indemne d'aquest treball, i que igual que parlar de mi és parlar de les altres, parlar de les altres també serà parlar de mi.

Em fixo en la gent, que és molt diversa, diria que més que la que hi ha pel carrer. Ossina és una capital de comarca a la província de Barcelona amb una població culturalment diversa que compta amb persones —paies i gitanes— nascudes a Catalunya (70% aprox.), persones de la resta de l'Estat espanyol, sobretot d'origen andalús, murcià i extremeny (15% aprox.), i persones provinents de l'estranger, entre les quals cal destacar les provinents del Magrib, les de l'Àfrica Occidental, i, més recentment, les de Llatinoamèrica i les de la Xina (15% aprox.), segons dades de 2021 de l'IDESCAT. A la comarca tenen molt de pes els sectors agrari i turístic, i hi ha una part considerable de les persones treballadores, sobretot les migrants, amb ocupacions precàries o en situació d'explotació com son el treball al camp o als serveis de neteja dels hotels. A primer cop d'ull en aquest hall, em sembla que aquesta població treballadora, precària i/o explotada es veu sobrerrepresentada als serveis de salut públics, i, com aprendré més endavant, això encara és més així als serveis d'obstetrícia, en què, per diversos factors, hi ha més tradició de pagar serveis privats quan això és econòmicament possible⁶.

⁶Les professionals, en converses informals, apunten com a hipòtesis la comoditat hotelera després del part, la possibilitat de tenir un sol obstetra de confiança que atengui tant el seguiment de l'embaràs com el part, o el fet que sovint els embarassos siguin considerats pels progenitors com a

He quedat amb el dr. Tomàs a la planta -2, així que baixo les escales que hi ha al mig del hall; però quan soc a la -1 m'adono que no hi ha més escales per seguir baixant. Les busco, que no siguin en alguna part lateral, i al final acabo preguntant a un home amb bata blanca. M'indica unes escales que hi ha darrere una porta que es confon amb les parets. Quan hi entro, de seguida m'adono que el manteniment d'aquesta zona i dels passadissos de la planta -2, reservats als treballadors, no està gaire cuidat. Si en els espais per on circulen els usuaris, l'edifici m'ha semblat, en general, ampli, lluminós, ben equipat i encara amb un cert aire de nou després de 18 anys de ser inaugurat, les zones invisibles són fosques i desballestades. Més endavant, les professionals m'explicaran que quan cau una rajola en un passadís o en una habitació accessible als usuaris, se supleix amb rajoles dels espais interns perquè no hi ha prou pressupost per comprar-ne de noves.

Finalment arribo a la Unitat de Recerca, on trobo el dr. Tomàs. Després de preguntar-me pel meu pare i per les seves activitats de jubilat, seiem i li explico el meu projecte de recerca. Li parlo del concepte de *personhood* i li dic que vull veure com es forja l'estatus de persona d'un fetus en la pràctica quotidiana de l'hospital. No ens entenem massa. Jo no m'he explicat prou bé, i la meua etiqueta de psicòloga —malgrat m'hagi presentat com a psicòloga social— pesa massa. Ell em diu que veu el tema «massa filosòfic», i que el millor és que tingui un tutor del servei de psiquiatria amb qui discutir la metodologia. Torno a provar-ho intentant simplificar al màxim les lectures fetes durant el meu període de formació com a psicòloga social: si els significats que tenen les coses per nosaltres es va forjant en el nostre dia a dia, a partir de les nostres trobades amb els altres, a partir del que fem, de la manera com parlem, de les tecnologies que utilitzem, etc., voldria veure, en l'espai de l'hospital, en quins moments de la pràctica de les ginecòlogues i les llevadores un fetus és considerat una persona i una dona embarassada és considerada una mare, i com afecta això a l'experiència d'una pèrdua de

projectes de vida (i no com a processos de malaltia) sobre els quals no només es vol tenir control sinó també gaudi, i les instal·lacions i la manca de pressupost de l'hospital d'Ossina no poden oferir el ventall d'opcions que ofereixen altres llocs. A més, el pressupost del servei depèn directament del nombre d'usuàries ateses, de manera que es genera un cercle viciós.

l'embaràs. Pel que fa a la metodologia, no la discutiré amb ningú de psiquiatria: el que vull fer s'assembla més al que normalment pensem que es fa des de l'antropologia que al que pensem que es fa en psicologia, tret que la comunitat que jo vull estudiar a la manera d'una antropòloga no és a l'altra punta del món ni en un barri dels afores, sinó que és la de l'hospital; el que jo vull esbrinar és com la comunitat hospitalària entén l'embaràs. Queda molt parat. Potser perquè mai no ha pensat que la manera com entenen l'embaràs és *una* manera d'entendre l'embaràs digna d'estudi i no universal, o potser el xoca sentir que si el projecte tira endavant ells serien els estudiats, els «nadius» d'aquesta investigació, els «altres».

Com vam explicar el Joel Feliu i jo en un seminari de doctorat (20 de maig de 2021), en realitat, que siguin «altres» no és cert: ja fa temps que des d'aproximacions feministes i postmodernes, amb pràctiques de recerca com ara l'autoetnografia, insistim a trencar dicotomies individu-societat, jo-altres, objecte-subjecte, de manera que he procurat que en aquesta tesi les professionals de l'hospital i les usuàries no apareguin més com «les altres» que jo mateixa. Al cap i a la fi, jo, com qualsevol de les participants del treball de camp, no deixo de ser una intersecció entre àmbits, cultures, espais socials, ideologies... que, en alguns punts, puc compartir amb elles: soc una dona cisgènere, blanca, catalana i catalanoparlant, heterosexual, sense discapacitats visibles ni estigmatitzades (però sí invisibles i actualment poc estigmatitzades, com la discapacitat reproductiva), treballadora precaritzada, de cultura cristiana però atea, anarquista i feminista per convicció. A més, pertanyo a una família de metges i infermeres i soc investigadora social amb una història reproductiva pròpia.

Cadascuna d'aquestes afiliacions és complexa per si mateixa, difícil de simplificar i impossible d'executar a la perfecció, perquè la seva mera convivència en un sol cos fa que sigui impossible ser i fer bé cap d'aquestes coses: encara que ho vulgui, no puc ser alhora bona feminista, bona mare i bona usuària de tècniques de reproducció assistida; ni bona usuària de serveis de ginecoobstetrícia, bona investigadora en l'àmbit de la salut i bona filla de professionals d'aquest àmbit; perquè qualsevol voluntat antropològica o sociològica d'assumir cadascun d'aquests elements com a cultures, societats o categories que hagin de poder ser descrites unívocament, xoca frontalment amb la impuresa de la meva existència, com amb la

de la resta de participants. No hi ha doncs res d'estrany en haver observat una ginecòloga embarassada treballant, una llevadora que ve a consulta en tant que usuària, sessions de teràpia psicològica a una biòloga d'un centre de reproducció assistida després de tres intents de fecundació in vitro fallits, la consulta d'una ginecòloga que es dedica a la reproducció assistida després d'haver patit diversos avortaments..., i no hi ha res d'acientífic en el fet que jo hagi emprès aquest camí de recerca després d'una pèrdua d'embaràs, hagi fet observació participant també enmig d'intents fallits d'inseminació o estant embarassada del meu primer fill, i hagi escrit part de la tesi estant embarassada del segon.

Al contrari, cal subratllar que quan parlem de la societat no fem referència a una abstracció, sinó als cossos impurs de persones particulars amb experiències que són alhora radicalment individuals i radicalment comunes, en tant que només són possibles perquè han passat en el cos en què han passat i en la societat en què han passat: els cossos són els nostres, la societat és una on la maternitat és cada cop menys obligatòria i que retarda cada cop més la reproducció, una que utilitza tècniques de reproducció assistida i que ha legalitzat la interrupció voluntària de l'embaràs; una on les dones fem servir testos d'ovulació i d'embaràs i aplicacions mòbil de seguiment del cicle; una que disposa d'imatges de fetus i que fa servir l'ecografia per a accedir a l'interior de les matrius; una que medicalitza l'embaràs, que en fa recaure la responsabilitat en la dona i que alhora utilitza les hormones per explicar els seus estats d'ànim.

Tanmateix, la història del vell antropòleg amb salacot fa que la conversa amb el dr. Tomàs arribi a bon port: convertim el tutor en informant de referència —que queda clar que haurà de ser del servei de ginecologia i obstetrícia—, parlem de si portaré bata blanca i targeta identificativa, dels espais als que podré tenir accés —que són tots, amb excepció de les dades dels historials clínics—, o del fet que a l'hospital d'Ossina, un hospital de referència⁷, no hi

⁷ Un hospital de referència és un «recurs d'internament destinat a resoldre la pràctica totalitat dels problemes de salut susceptibles de curació o millora, excepte aquells que requereixen recursos tecnològics de cost molt elevat o una pràctica altament especialitzada» (Diputació de Girona, s.d.).

podré observar les pràctiques més especialitzades que es practiquen en hospitals d'alta tecnologia com els de Barcelona i voltants.

Finalment, el dr. Tomàs em diu quin és el proper pas a seguir: he de presentar el projecte per escrit al Comitè d'Ètica de l'hospital, que es reuneix un cop al mes i valora els projectes. Després que el Comitè hagi donat la seva aprovació, ja podré començar el treball de camp.

Després de dedicar-me durant unes setmanes al document que presento al Comitè d'Ètica⁸, l'envio i la secretària em respon indicant-me el proper dia que hi ha reunió per a valorar els projectes. El fet que jo hagi d'assistir a aquesta reunió per presentar el projecte també oralment no se m'explicita en cap moment i, esclar, el dia que estic convocada no hi faig cap. Això fa que m'hagi d'esperar un mes més fins a la propera reunió.

Finalment arriba el dia que presento oralment el projecte davant dels 15 o 20 membres del Comitè. Em sento aclaparada, al final d'aquesta taula llarga en aquesta sala estreta, amb tantes mirades desconegudes damunt meu. Per sort, no em fan gaires preguntes, només alguna sobre com trobaré el moment per parlar amb els usuàries, si no les molestaré massa en aquests moments tan delicats, o sobre la duració de les entrevistes. També em diuen que veuen la necessitat que tingui una tutora obstetra i una tutora llevadora perquè guiïn el meu treball. Tenir dues tutores em sembla excessiu, però no hi poso cap obstacle; seran les meves primeres informants i podran ajudar-me a situar-me al camp. Finalment, doncs, el Comitè fa un informe favorable condicionat al fet que trobi aquestes tutores.

Dono per fet que el tutor obstetra serà el doctor Ros, així que li escric. Ell m'informa que es jubila molt aviat, i posa en còpia el doctor Pol Acerete, que serà qui el substitueixi i qui em podrà fer de tutor. El doctor Acerete diu que llegirà el projecte i me'n dirà alguna cosa. Al cap d'un mes, em reuneixo amb ell, un home jove, al seu despatx. El reconec: és un dels metges que estava de guàrdia quan es va confirmar el diagnòstic del meu embaràs ectòpic, el que es va apropar on jo seia per donar-me la notícia i explicar-me les possibilitats de tractament hi

⁸ Vegeu Annex 1.

havia. Ell no em recorda. Per la conversa que tenim, em fa l'efecte que no ha llegit el projecte i que, aclaparat per la seva nova responsabilitat al servei, ha confiat en el criteri del doctor Ros sense parar gaire atenció a la proposta. Em diu que ell no em farà de tutor, té molta feina de despatx i no està gaire sovint a la sala de parts. Pensa ràpidament i m'assigna una tutora ginecòloga, la doctora Laia Vélez, i una tutora llevadora, la Marina Baucells.

Baixem a la sala de parts a buscar-les. Reconec la sala on em van punxar la primera tanda de metotrexat quan vaig tenir l'ectòpic, recordo com em va impressionar sentir un bebè plorant mentre em punxaven el medicament citostàtic que mataria el meu embrió. Al punt de control només hi ha una llevadora, la Núria. «Què passa? On és tothom?!», diu el doctor. La Núria explica que hi ha hagut una cesària d'urgència, que tant la doctora Vélez com la Marina Baucells són a quiròfan, i que ara ja no creu que triguin a sortir. Esperarem, doncs. El doctor em presenta la Núria i li explica que soc psicòloga, que m'interessa estudiar la pèrdua de l'embaràs i que rondaré per aquí durant un temps. La Núria es mostra interessada, em diu que és un *temasso* i de seguida ens posem a parlar de com, a totes les professionals, llevadores i ginecòlogues, els costa connectar amb la tristesa que senten les dones amb pèrdues de primer trimestre. El doctor Acerete hi està d'acord, tendeixen a considerar-les «una merdeta». Després de parlar-ne una mica, el ginecòleg i la llevadora es posen a parlar de coses que encara no entenc. Jo observo l'espai. El punt de control està en el lloc on es creuen els dos passadissos transversals que estructuren tota la zona de la sala de parts. Consta d'un taulell a banda i banda, amb tres ordinadors, material d'oficina, arxius i formularis. Ara està desert, però aquest és el lloc on s'estan les professionals, llevadores i ginecòlogues, redactant informes, repassant historials, o xerrant mentre esperen que arribi una urgència o un part.

La Núria i el doctor m'ofereixen de passar a la cuina, que és darrere el punt de control, a prendre un cafè; la Núria ha de fer coses i el doctor Acerete, que va amb el coet al cul, vol treure el cap al quiròfan, a veure si en tenen per gaire. La Núria em prepara un cafè de càpsula que va a buscar a la seva bossa. La cuina té uns sofàs, una taula rodona amb quatre o cinc cadires, un taulell amb armaris, pica i escorredor amb gots i coberts, un microones, una planxa per a entrepans i un moblet de rodes amb calaixos amb tovallons, coberts de plàstic, sobres de

sucre, sal, oli i vinagre, i també suc de fruita per quan hi ha un fetus que, durant un monitoratge, mostra poca activitat i cal despertar-lo amb sucre. El punt de control i la cuina, i també la cafeteria comuna a tot el personal de l'hospital, són els llocs on tenen lloc la majoria de converses informals, tant de caire professional com personals, i també són les zones que les professionals consideren més seves. Per això la cuina, que no és visible per a les usuàries, té les parets plenes de pòsters, cartells, calendaris, suros i pissarres amb protocols d'intervenció, distribució de torns, llista de dones que s'estan atenent en aquell moment, fotos de bebès i cartes d'agraïment, jocs (com «El parto justo», que consisteix a endevinar el nombre de parts que hi haurà aquell any), llistes de persones apuntades a un sopar o cartells sindicals.

Al cap d'una estoneta arriba el doctor Acerete amb la Marina Baucells i la doctora Vélez encara cordant-se les bates i intrigades per això que els han de dir i que corre tanta pressa. El doctor Acerete els explica qui soc i els anuncia que em faran de tutores. Elles, dues dones de vora la trentena, queden visiblement sorpreses —«Jooo?»—, però accepten. El doctor marxa com un llamp i elles em pregunten amb més detall pel tema d'investigació. La Marina l'entén de seguida, la Laia va més perduda: «Però quina mena de pèrdua vols estudiar? Avortaments de primer trimestre? Òbits? ILE⁹? IVE¹⁰?». Per a ella no hi ha una categoria «pèrdua», sinó múltiples. En el meu anterior treball jo havia vist que hi havia diferències entre edats de gestació, però no sabia que tinguessin nom. La Marina em pregunta si també voldré observar avortaments voluntaris per avisar-me que només en podré veure a l'ASSIR, cosa que em sorprèn perquè pensava que es practicaven a l'hospital. No m'ho havia plantejat massa, però dic que sí. La Laia se sorprèn, perquè mai no s'ha plantejat que una dona que avorta voluntàriament pugui considerar un fill aquell embrió. Ella, la Marina i la Núria comencen a discutir sobre això i tantes altres coses relacionades amb el meu treball. Jo me'n llepo els dits. Surto d'aquesta reunió improvisada a l'hora de dinar, amb els fulls per al Comitè signats per les meves noves tutores i amb la sensació que hi podré fer un molt bon treball de camp, allà, que allò és una mina.

⁹ Interrupció Legal de l'Embaràs

¹⁰ Interrupció Voluntària de l'Embaràs

Finalment el Comitè d'ètica em dona el vistiplau per començar les observacions, i jo em poso en contacte amb la Laia per quedar per al primer dia, perquè em presenti a la resta de professionals i comencem a pensar quins espais i pràctiques m'interessarà observar en un primer temps més exploratori. Em diu que està de viatge de noces, així que finalment triguem encara un temps a quedar.

Mentre passa tot això, poso fil a l'agulla amb el tema de quedar-me embarassada i contacto amb la doctora Espeso, que ens cita a mi i al Sergi per a una primer visita i per posar en marxa les primeres anàlisis i proves de fertilitat. Les consultes externes de ginecologia i obstetrícia estan a la planta baixa de l'hospital, a tocar del hall, i seiem en una sala d'espera que separa diferents zones amb panells, segons la porta on hagi d'entrar, així que deixem les embarassades enrere i seiem amb una altra parella que en aquest moment suposo infèrtil com nosaltres, amb una dona més gran que ve sola, amb una adolescent i la seva mare. La infermera triga a cridar-nos. Ens avorrim.

Quan em presento —en realitat ella de seguida em reconeix de quan vaig estar ingressada— aprofito per explicar-li que no trigaré a venir a fer observacions per al meu treball. Ella, però, va per feina, no hi mostra gaire interès i de seguida passa a fer-nos, a mi al Sergi, les preguntes de primera visita de fertilitat sobre els nostres hàbits de vida i la freqüència de la nostra activitat sexual. Jo, mentre parlo amb la doctora, mentre em fa l'exploració mamària i vaginal, ja estic fent treball de camp, i penso que ben aviat estaré a l'altra banda de la taula, amb la bata posada, de cara a l'ordinador i d'esquena al pòster anatòmic, o a la zona contigua, on hi ha la llitera, una bàscula i un taulell amb papers, gases, tubs, observant com la doctora explora una altra dona. Ben aviat veuré que totes les sales de consulta són semblants, i només varien segons si es tracta d'una consulta ginecoobstètrica general o d'una consulta més especialitzada que pugui necessitar aparells i instruments com un ecògraf, un mamògraf o un equip d'urodinàmia. S'hi pot entrar i sortir per darrera, per una porta que comunica amb un passadís que connecta totes les sales de consulta, i que és exclusiva per als treballadors. Aquesta és també la porta que fan servir les persones vinculades a l'hospital quan venen en qualitat d'usuàries. Jo la usaré força per a les meves visites amb la doctora.

En realitat, però, aquesta i les altres sales no seran el lloc d'observació més habitual. Només vindré a observar-hi quan hagi quedat expressament amb una ginecòloga o obstetra per fer-ho. Les sales són petites, i sovint hi ha estudiants en pràctiques o metges residents de primer any que també hi han de fer les seves observacions, de manera que de seguida es veuen atapeïdes. En general, la meva observació es limita a les consultes ginecològiques que inclouen visites relacionades amb problemes d'esterilitat, fertilitat i pèrdues recurrents, a consultes obstètriques de seguiment al final de l'embaràs i, molt esporàdicament, a consultes que requereixen un ecògraf, ja que aquestes darreres també les observo a l'ASSIR.

La doctora, diligent, em demana les primeres analítiques per veure que els meus nivells hormonals siguin correctes, programa el seminograma per al Sergi, i una prova dolorosa —la histerosalpingografia— per comprovar la permeabilitat de l'úter. No sé encara que, a més d'ajudar-me a tenir dos fills, durant el treball de camp la doctora Espeso serà la meva protectora, la persona que més vetllarà pel meu benestar durant la meva estada. De fet, també usaré la seva consulta com a refugi quan les coses es posin tenses amb les altres professionals.

I arriba el primer dia de treball de camp. Després d'esperar una estona a la sala d'espera que es facin les vuit del matí, truco i m'obre la Vicky, que després sabré que és l'auxiliar d'infermeria del torn de matí. Li dic que soc estudiant de doctorat, que vinc a fer una investigació i que he quedat amb la doctora Laia Vélez. Em diu que passi, però que la doctora encara no ha arribat. M'acosto al punt de control, on hi ha diverses persones amb bata blanca. Reconec el dr. Taulé, que m'havia fet les ecografies quan vaig estar ingressada i que m'havia semblat un metge poc empàtic que feia bromes fora de lloc. Ell em reconeix, però no em diu res. De seguida arriba la Laia disculpant-se pels minuts de retard i em presenta els seus companys. Jo explico sense massa detalls en què consisteix el projecte i dic que estaré un temps observant-los. En un primer temps, voldria observar tots els espais i pràctiques del servei, els dic, i més endavant ja concentrar-me en aquells d'on pugui treure més dades sobre el meu tema d'investigació. Mentre ho explico, va arribant més gent, de manera que ho explico tres o quatre vegades, i també ho hauré d'anar fent durant tot el dia. Les professionals no

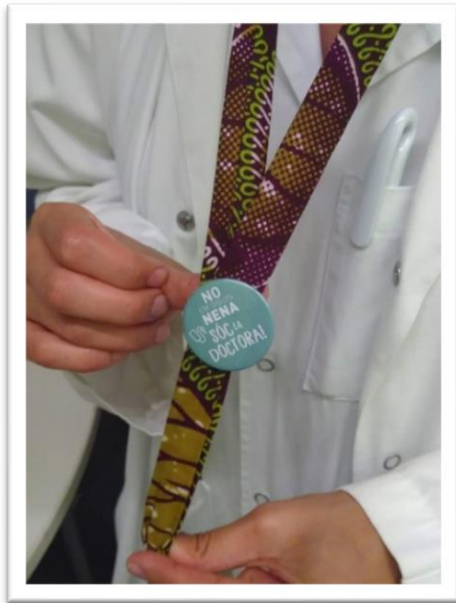
sabien que algú vindria a observar la seva feina. Algunes s'hi mostren molt interessades, d'altres no diuen res.

La Laia m'agafa pel braç i em diu «Vine, baixem a buscar-te una bata, a esmorzar i fem una planificació d'espais d'observació». Baixem a la planta -2, on no hi ha usuaris, però sempre hi ha treballadors que van i venen, que passen, que s'aturen, que saluden, que comenten...: allà hi conflueixen tots els ascensors, hi ha la cafeteria dels treballadors, la bugaderia, els vestuaris, les habitacions per dormir durant les guàrdies. A més, hi ha dos passadissos per on passaré molt comptades vegades amb altres serveis com la biblioteca, la Unitat de Recerca, la farmàcia, el laboratori, el Servei d'Anatomia Patològica i el dipòsit de cadàvers. A la bugaderia em donen una bata, i la Laia m'ensenya els vestuaris on m'he de canviar quan arribi. Aviat, els de la Unitat de recerca em donaran la clau d'una taquilla i la targeta identificativa que em penjaré a la butxaca de la bata. Pregunto si he de portar algun calçat especial, perquè veig que hi ha professionals que van amb esclops sanitaris i d'altres que no. Em diu que no cal que me'n compri, que amb calçat còmode ja n'hi ha prou. Més endavant, però, les llevadores em diran que en certs espais, com les sales de part i el quiròfan, no puc portar calçat de carrer i que faré bé de comprar uns esclops. Jo mateixa també vaig veient que a la sala de parts tothom en porta, i que és a planta o a consultes externes on més sovint les professionals porten calçat de carrer.

A la cafeteria, després d'agafar els cafès i els entrepans, la Laia i jo seiem en una taula amb el Pol i la Cèlia, una resident d'últim any. A la taula del costat hi ha el doctor Taulé i la doctora Pujol, dos ginecòlegs més grans, a qui queda poc temps per jubilar-se. Parlen de com se'ls presenta el dia. El Pol i la Cèlia tenen una histerectomia i la Laia té consultes externes. La Laia comenta que avui atindrà una noia jove que vol operar-se els llavis menors, i ha d'esbrinar si les raons per fer-ho son realment mèdiques o si són estètiques. És una conversa plena de riures, de bromes i safareig. La Cèlia diu que ella va atendre la germana, que ja se'ls ha operat, i que ara aquesta noia ha vist que a sa germana li queden molt monos i diu que també li molesten durant les relacions sexuals i per fer esport. Ella, la Cèlia, diu que no operaria aquests casos. Opina que si els homes fan esport tenint penis i testicles, una noia amb els llavis grans també ha de poder fer-ne, i explica que ella mateixa té una mica d'elefantiasi i que no passa

res, que quan folla s'aparta el llavi més gros amb la mà i ja està. El Pol li diu en broma que, si vol, ell l'opera. «Tu a mi no em mutes!», riu ella. A tots ens fa riure la manca de pudor de la Cèlia. Em fa riure, però no puc dir que em sorprengui. Amb un pare i una germana metges, estic acostumada a sentir durant els àpats familiars aquest tipus d'humor desinhibit i sovint groller i desconsiderat amb el cos, un humor que jo i la meva mare, infermera, entenem i podem riure però que no hem cultivat de la mateixa manera. Igualment, m'adonaré que les llevadores tampoc comparteixen aquest humor, i que aquestes diferències en la manera d'entendre el cos, la persona i, és clar, l'embaràs, van molt més enllà de l'humor: una placenta que rellisca i va a parar a la cara d'un llevador fa riure sonorament les ginecòlogues i preocupa les llevadores perquè la dona ho ha vist; en una cesària amb una incisió difícil de tancar, les ginecòlogues decideixen fer servir una eina nova i en llegeixen les instruccions en veu alta mentre les llevadores es posen les mans al cap; totes les llevadores amb qui n'he parlat volen tenir fills i opten, en els seus parts i lactàncies, per la via menys medicalitzada possible i més conscient del procés, mentre que la Cèlia comenta que no vol tenir fills i que, si en tingués, com que li fa terror el part, es faria una cesària electiva, i la Laia Vélez, que es quedarà embarassada durant la meva estada al camp té clar des del principi que voldrà que li posin l'epidural i finalment alletarà amb llet de fórmula sense cap remordiment; en una conversa al punt de control, la Marina i l'Elena, llevadores, no entenen que una usuària que està esperant que l'oxitocina faci efecte en una de les sales de dilatació hagi portat la *tablet* per mirar sèries («en el moment més important de la seva vida!»), mentre que la Laia entén perfectament que vulgui distreure's; a l'Alèxia, ginecòloga resident, li agradaria portar el seu xicot advocat a veure una cesària «perquè s'ho passaria súper bé, li encanta tot això, és molt gore», la Cèlia respon que ella hi va portar una amiga un dia que hi havia poca gent, però l'Alèxia diu que no ho vol fer davant de les llevadores perquè «són molt de la dignitat del pacient»; el discurs feminista de les llevadores és un feminisme de la diferència que sovint va cap a l'essencialisme, i el de les ginecòlogues és un feminisme de la igualtat que se sol preocupar més pel sostre de vidre i la pròpia posició social; les llevadores beuen en tasses amb una diversitat de vulves dibuixades o porten gorros de quiròfan plens de dibuixos de pits i amb el lema «Viva la teta

que mamá!», mentre que les metgesses no solen complements massa vistosos; les opinions d'unes i altres sobre notícies de premsa protagonitzades per conflictes entre dones embarassades i ginecòlegs sovint és oposada.



Imatges 1 i 2. Xapa que porten algunes ginecòlogues on hi diu «No em diguis nena, sóc la doctora!», i la tassa amb diversitat de vulves d'una de les llevadores.

Aquesta llista podria no tenir fi. Al llarg d'aquest any i mig de treball de camp a l'hospital, observo 13 llevadores (12 dones i 1 home) i 15 ginecòlogues (13 dones i 2 homes). Dins d'un mateix perfil hi ha diferents tipus de relació laboral amb l'empresa i diferents càrrecs i funcions dins el servei. Així, entre les ginecòlogues hi ha el cap de servei (un home d'uns 40 anys que tenia el càrrec després que l'anterior cap, també home, es jubilàs), metgesses adjuntes (12) i metgesses residents (3), i n'hi havia d'especialitzades en ginecologia i reproducció, en ginecologia oncològica, en ecografisme, en gestacions de risc... Entre les llevadores, n'hi ha una que és la referent i que té unes funcions un pèl diferents, a més de les comunes (assistir a les reunions de *passé* de guàrdies amb les ginecòlogues, introduir certs canvis en les pràctiques obstètriques...); la resta de llevadores només es diferencien pel tipus

de relació amb l'empresa i per si són llevadores (10) o llevadores residents (3), però no hi ha especialitzacions. La seva funció principal a l'hospital és atendre els parts eutòcics, és a dir, aquells que es desenvolupen amb normalitat, per via vaginal i sense necessitat d'instruments com ara el fòrceps o la ventosa. Altres funcions són les de fer el monitoratge fetal que es duu a terme a la sala de monitors, o les d'instrumentar, acompanyar la dona i recollir el nadó en un part per cesària. A més tenen funcions infermeres, que tenen a veure amb tenir cura de les usuàries i que són menys especialitzades i menys visibles, però nombroses i importants.

Llevadores i ginecòlogues, doncs, tenen perfils professionals molt diferents, no només pel que fa a les seves funcions, sinó també pel que fa a la seva cultura de l'embaràs, l'una tradicionalment femenina i l'altra tradicionalment masculina (Donnison, 1988; Kitzinger, Green i Coupland, 1990), sigui quina sigui la identitat de gènere del professional concret. Val a dir, però, que la medicina en general i la ginecoobstetrícia en particular s'han feminitzat considerablement en els darrers temps i que també s'observa una diferència en la manera de fer entre les ginecòlogues i obstetres més joves i les més grans, aquestes darreres formades i construïdes en un món, ja no només de tradició masculina, sinó d'homes. L'anàlisi exhaustiva d'aquestes diferències no és objecte d'aquest treball, però confio que es veuran reflectides en la descripció de les escenes que aniré presentant.

Tot i que no tenen tant de protagonisme en aquest treball perquè el seu paper a l'hora de definir la *personhood* i la subjectivitat materna és menor, cal esmentar altres professionals que sempre estan presents als espais que utilitza el servei de ginecologia i obstetrícia i que per tant formen part del paisatge que observo: les auxiliars d'infermeria, els zeladors, el personal de neteja i les anestesistes a la sala de parts; les infermeres de planta, i les infermeres que donen suport a les ginecòlogues en les consultes externes.

Quan hem acabat els entrepans, la Laia i jo, amb la participació de la Cèlia, el Pol, el Taulé i la Gina Pujol, planifiquem els espais que observaré cada dia. Jo dic que al principi els vull veure tots, perquè no sé què hi ha i em vull fer un mapa del servei, però quan la Laia apunta «Dijous 29, Urodinàmies», ja veig que hi ha coses que sé d'entrada que no m'interessen gaire. Les altres s'exclamen: «Urodinàmies?! Quin avorriment!», «Consultes externes el primer dia?

Que baixi a la sala de parts!». Jo els dic que soc una mica aprensiva, que ja m'està bé començar per espais més tranquils i deixar la sang, els crits i les presses per més endavant. En això hi ha consens unànime: «Si ets aprensiva, val més fer teràpia de xoc i anar directa a la sala de parts», «I si em desmaio?», «Sempre hi ha d'haver un primer cop, jo també era de les del *mareíto*».

A la sala de parts conec la Rosa, una llevadora gran, i el Marcelo, un llevador jove, que s'interessen molt pel meu projecte. El Marcelo, a més, estudia Psicologia a la UNED, i la Rosa fa cursos solts de teràpies humanistes. Ells, sobretot la Rosa, s'autoadjudica el paper de guia per la sala de parts per a aquest meu primer dia. La sala de parts no és una sala de parts i prou. Quan entrem, si entrem per la porta que fan servir les professionals i les usuàries que venen d'urgències, trobem un passadís pintat de verd hospital i il·luminat amb fluorescents amb cinc portes: dues per a consultes del servei d'urgències ginecoobstètriques i tres per a sales de dilatació. Les consultes d'urgències tenen una llitera, un taulell i armaris amb material, i la més gran de totes dues també té un ecògraf i una paret on hi cap un pòster d'anatomia genital femenina. Les sales de dilatació, pensades perquè s'hi estiguin les dones que estan en fase de treball de part, són força petites, i estan equipades amb lavabo, dutxa, llit i monitor fetal. Els pòsters d'aquestes sales ja no són anatòmics, sinó que fan campanya de la pràctica del pell amb pell¹¹ i la lactància materna.

En el passadís transversal, que comunica l'entrada on hi ha la sala d'espera amb un passadís intern que al seu torn comunica amb diferents serveis, hi ha tres portes: l'entrada al quiròfan on sobretot es practiquen parts per cesària, amb els seus vestuaris i rentamans; un petit vestuari per a progenitors no gestants o acompanyants al part («pares» segons el cartell de la porta), i una gran porta que condueix a un passadís que, a la dreta, comunica amb el quiròfan i, a l'esquerra, té les dues sales de parts pròpiament dites, una de més petita i una de més gran, amb lliteres i monitors fetals, comunicades per una altra saleta amb equipament. Totes dues sales es poden fer servir per a parts i per a resoldre pèrdues d'embaràs —ja sigui

¹¹ Col·locar el nadó nu, immediatament després del naixement, i abans de rentar-lo i mesurar-lo, damunt el tors també nu de la mare durant un mínim de dues hores.

amb un raspat o amb un part—, però es prefereix utilitzar la petita, més aïllada, per a les pèrdues, per tal que les dones que han patit avortaments no hagin d'estar, tant visualment com auditiva, a prop de les dones que sí que pareixen i dels bebès que sí que neixen.

Finalment, la sala de parts serà el meu lloc d'observació per defecte. Quan arribi els matins a l'hospital, deixaré les coses a la meva taquilla, em posaré la bata i els esclops i, si no he quedat amb cap professional per observar alguna altra cosa concreta, pujaré a la sala de parts.

La Rosa i el Marce, a més d'acompanyar-me a veure els diferents espais, també em demanen que els segueixi mentre treballen. Tot i que hi haurà dies tranquils i avorrits, avui no és un d'ells; en un sol matí veig un part eutòcic, un part per cesària i la preparació d'una dona per a la interrupció del seu embaràs, en què s'ha trobat que el fetus té síndrome de Down. Quan baixo a dinar, la Cèlia, la Laia i el Pol em pregunten si m'he marejat. No, no he tingut temps per marejar-me. Contenta, saturada d'informació, una mica inquieta perquè he decidit que no acabaré de seguir el cas d'interrupció de l'embaràs, que probablement no acabarà fins la matinada, dic que me'n vaig a casa a traslladar al meu diari de camp les notes de camp que he pogut prendre i que continuaré prenent durant el viatge de tornada a Barcelona en tren. La Laia i jo quedem per d'aquí dos dies. Mateixa hora, mateix lloc.

Dos dies després, a les 8 del matí a la sala de parts. A la cuina hi ha molta gent. Quan em veuen em diuen que hi ha dos òbits fetals, és a dir, dos fetus ja força avançats que han mort. Aquest dia havia d'arribar, però ¿tan aviat? El cos se'm desinfla i em pesen els ulls. Arriba la Laia, m'estira el braç i em diu «Vine amb mi». Em penso que anem a esmorzar, però m'adono que no: em condueix per passadissos i ascensors, anem trobant professionals amb qui ella parla, i finalment ens fem en una sala de la planta 1 amb alguns ordinadors i una taula llarga envoltada de cadires. Hi ha la Marina com a única llevadora, i la doctora Espeso, el Taulé, la Gina Pujol, el Pol, la Cèlia i moltes altres ginecòlogues que encara no he conegut, com les doctores Irene Mena, Diana Marchesi, Cris Martí, Olga Amigo i Flor Schulz. Hi ha ginecòlogues dretes i ginecòlogues assegudes, les unes parlant amb les altres, no s'hi cap; jo

em poso dreta en un raconet. Noto que hi ha persones que es pregunten qui soc i què hi faig allà. Jo també m'hi sento estranya. Es tracta del *passe* de guàrdies, una reunió en què les gines que han estat de guàrdia passen la informació nova a les del torn de matí, habitació per habitació, cas per cas. De la majoria de casos només en diuen el número d'habitació, el nom de la dona, el tipus de part i el grup sanguini de la dona i del nadó. No comenten res més fins que arriben als casos de mort fetal, un d'ells, el de la Hassima, a les 17 setmanes de gestació, per una obertura prematura del coll de l'úter, i un altre, el de la Sílvia, a les 30 setmanes, que va arribar ahir a la tarda perquè no notava moviments i a qui se li ha començat a donar medicació per provocar el part —o l'«expulsió», segons el vocabulari professional. La reunió continua amb discussions sobre un estudi que es fa des d'un hospital d'alta tecnologia de Barcelona i que les gines d'aquí consideren massa invasiu, i, finalment, fan passar els visitadors mèdics, uns homes que semblen venedors d'enciclopèdies i que presenten productes per a la sequedat vaginal.

A l'hora d'esmorzar esbrino qui farà el *passe* de planta, perquè vull seguir de prop els dos casos de mort fetal. És la Gina Pujol, que accepta que l'acompanyi però és una mica seca amb mi. Tornem, doncs, cap a la planta 1, la planta de maternitat. En aquesta planta hi conviuen els serveis de ginecologia i obstetrícia i de pediatria neonatal, i, a més de famílies que acaben de tenir un nadó, hi ingressen dones amb patologia ginecològica, obstètrica o dones embarassades amb malalties que no estan directament relacionades amb l'embaràs però a qui els cal una atenció especial pel fet d'estar embarassades. També és la planta on ingressen les dones que han perdut un embaràs de segon o tercer trimestre, tot i que sempre que hi ha lloc, s'intenta posar-les en una altra ala, o el més aïllades possible, per tal que no hagin de sentir plors de nadons o les expressions d'alegria dels familiars i amics que venen a veure mares suposadament felices i nadons vius. Jo no pujaré gaire sovint a planta: un parell de cops al principi del treball de camp per conèixer l'espai i veure com una professional, llevadora o ginecòloga, passa planta, i, com és el cas d'avui, per observar l'acompanyament a casos concrets de pèrdua d'embaràs.

Mentre ens acostem a l'habitació de la primera dona, demano a la Gina que em presenti, perquè sigui menys incòmode per elles. Ella no hi veu la necessitat: a la meva targeta identificatòria ja hi diu que soc estudiant de doctorat, i no cal donar més explicacions, diu. Jo opino que això no acaba de ser ètic, que és cert que en aquest moment aquestes dones no estan per escoltar el detall del meu tema de tesi, però que si llegeixen la meva targeta pensarà que faig un doctorat en medicina, però jo faig tota una altra cosa, i acabaré escrivint sobre aquestes dones com a psicòloga social, potser no volen que hi sigui. La Gina arronsa les espatlles i em diu que d'acord, que ja em presentarà. Però finalment no ho fa. Amb el temps aniré aprenent que això és una batalla perduda per a mi, que la majoria de professionals sanitàries no hi estan avesades, i que en general els usuaris acceptem sense qüestionar-ho que hi hagi altres persones observant; amb el temps aniré fent de més i de menys, demanant aquesta presentació quan he establert més confiança, corregint la manera com em presenten —no estic a l'hospital com a psicòloga clínica— o presentant-me jo mateixa quan em sento prou còmoda i en tinc la oportunitat.

Aquest, el meu segon dia de camp, és potser el més dur de tot el treball. Dura 32 hores. Passo la nit a l'hospital, marxo al migdia del dia següent havent vist el part d'una bebè morta. He notat que a algunes professionals els incomoda molt que jo hi sigui. Ploro al tren de tornada. Em truca la meva mare i li parlo entre sanglots de l'amor amb què aquella dona mirava la seva nena. Ploro ara, mentre escric això embarassada de 30 setmanes, igual que aquella dona. Quan arribo a casa tinc un mail de la dra. Espeso que em confirma que ni el Pol Acerete ni les meves dues tutores no han posat al corrent al seu equip o a les seves companyes que jo hi seria, de què hi faria:

Hola Maria,

Em pots escriure quatre ratlles del teu projecte de tesi? Molta gent em pregunta què hi fas aquí a l'hospital i en qualitat de què estàs al nostre servei. Com a estudiant? O com a què? Tothom hauria de conèixer el que estàs fent i potser s'hauria de demanar permís als metges i personal d'infermeria, així com a les pacients, segons el que hagis de fer. Encara que només sigui un treball

d'observació. El cap de servei de gine ja coneix la teva estada al servei? I qui l'ha autoritzat?
Ja em diràs,
Laura

Li responc explicant tot el que em demana, li passo el document aprovat pel Comitè d'Ètica, i més tard ella respon demanant-me disculpes, diu que ja veu que hi ha hagut un problema de comunicació amb el Pol i la Laia. Però tant se val, tot plegat em desborda. Trigo mesos a escriure l'entrada d'aquest dia al diari.

I trigo mesos a tornar al camp. Si bé havia planificat un període d'observació participant concentrat, amb estades a l'hospital dos o tres cops per setmana, molt aviat veig els temps d'observació seran espaiats i tindran una periodicitat molt irregular: d'una banda, les professionals posen límits a les meves observacions i em demanen que només hi vagi un dia concret de la setmana, quan no hi ha cap professional que no vulgui ser observada, cosa que fa que si un dimarts no puc anar-hi, ja no pugui fer-ho fins la setmana següent; d'altra banda, la meva precarietat laboral i econòmica fa que, per exemple, hagi de treballar els estius a jornada completa, havent doncs de parar les observacions durant dos mesos, o que durant l'any tingui pics de feina que no em permeten anar a l'hospital durant un parell de setmanes. També contribueix a aquesta irregularitat el propi ritme del servei, on poden haver-hi jornades amb molts esdeveniments per observar, o amb un de sol que s'allarga fins al matí següent, i poden haver-hi jornades plenes d'hores mortes en què tant jo com les professionals ens avorrim com ostres. Finalment, l'altre factor que fa que els moments d'observació s'hagin espaiat és la cura que he de tenir del meu estat d'ànim després de presenciar esdeveniments tremendament dolorosos a l'hospital o també després d'algun intent fallit en les meves inseminacions o un ensurt durant l'embaràs del meu primer fill.

Així, l'observació participant a l'hospital comença al final de juny del 2018 i acaba a mitjan gener del 2020, quan coincideixen una certa saturació de les dades i una panxa d'embarassada que ja no puc amagar. Mostrar-la a dones que acaben de perdre un embaràs em sembla innecessari i una falta de tacte, així que poso fi a les observacions.

2.1.2. El servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR)

Després d'uns mesos fent observació a l'hospital —l'únic lloc on en principi m'havia plantejat observar, ja que és el lloc on podia observar les pèrdues de manera més directa—, m'adono que no n'hi ha prou observant el moment de la pèrdua, sinó que per saber *què* es perd em cal veure *què* hi ha abans, com és el seguiment d'un embaràs quan tot va bé, i *què* hi ha després, quan la dona i la parella recorren als serveis d'atenció primària —sobretot als serveis psicològics— després d'una pèrdua.

Per això sol·licito accés a l'ASSIR d'Ossina, i gràcies a la mediació de la dra. Espeso, al fet que ja tinc l'aprovació del comitè d'ètica de l'hospital, i al fet que l'ASSIR compta amb un servei de Psicologia que de seguida entén *què* vull fer, es resol ràpidament i sense entrebancs i la meva acollida per part de les professionals, tant de les ginecòlogues com de les llevadores i la psicòloga, és fàcil i amable. Aniré a fer-hi observació participant durant 8 mesos, acabant, com en el cas de l'hospital, quan la panxa ja es nota massa.

L'ASSIR és un servei d'atenció primària situat en una de les plantes de l'edifici d'un dels CAP de la ciutat, que ofereix serveis com ara atenció a joves, consell reproductiu, el control i el seguiment de l'embaràs i el puerperi, interrupció voluntària de l'embaràs, activitats d'educació maternal, atenció a les malalties de transmissió sexual i a la malaltia ginecològica, i atenció a la violència masclista. La planta fa forma d'ela: en un extrem hi ha els ascensors i les escales amb un petit vestíbul i una sala on es fan les activitats grupals que proposa el servei —cursos de preparació al naixement, sessions de relaxació per a embarassades, etc.—, i a l'altre extrem hi ha els lavabos. Enmig, una gran sala d'espera i unes deu o dotze portes per a les consultes. La primera, més propera a l'ascensor, és la de la Isabel Pallarols, la psicòloga, que té una taula amb ordinador i unes cadires, i també una llitera que no es fa servir i que la Isabel voldria que s'enduguessin perquè no sembli la consulta d'un metge. Tampoc voldria que la seva consulta estigués tan a prop de la sala on es fan les activitats, perquè algunes de les usuàries que atén han perdut embarassos i han d'esperar al mateix lloc que les dones amb panxa que venen felices, rient, en grup, a fer ioga.

Els primers dies d'observació a l'ASSIR estaré amb ella, observant sessions de teràpia a dones o parelles que han perdut embarassos, i, quan la Isabel atén persones que venen per casos que no tenen a veure amb la pèrdua, observo primer la dra. Ruiz, la Merche, ginecòloga i cap del servei, que a poc a poc em va presentant la resta de ginecòlogues i llevadores, a qui també aniré observant al llarg del temps. Amb les ginecòlogues observo les visites que, per protocol, es fan un cop per trimestre d'embaràs i que inclouen una ecografia i, al primer trimestre, el *triple screening*, un cribratge per a les tres malalties cromosòmiques detectables —síndrome de Down, síndrome d'Edwards i síndrome de Patau. Amb les llevadores observo les visites de seguiment de l'embaràs que es fan a partir de les 8 setmanes de gestació i fins abans del part, aproximadament un cop al mes. La primera d'aquestes visites serveix sobretot per a recollir dades de la dona embarassada i, si és el cas, de la parella, que es consideren rellevants per a fer el seguiment de l'embaràs i el *triple screening* (malalties, antecedents de malalties familiars, hàbits tòxics, història reproductiva prèvia, dades biomètriques i dades sociomètriques), donar informació sobre com serà el seguiment, les activitats que ofereix l'ASSIR, donar consell sobre l'estil de vida durant l'embaràs —alimentació, exercici, hàbits saludables...— i resoldre els dubtes que puguin haver sorgit. En la resta de visites de seguiment se segueixen prenent i revisant dades biomètriques —anàlisis de sang, pes de la dona, freqüència cardíaca del fetus—, s'ofereixen i es posen vacunes i se segueixen donant consells i resolent dubtes de tota mena sobre l'embaràs i de cara al part. Les llevadores també fan altres tipus de visites que observo en molta menor mesura i que no són tan rellevants per a aquest treball: consell anticonceptiu, visites de postpart, alguna urgència ginecològica en què d'entrada no cal visita mèdica. Finalment, hi ha una sola llevadora, l'Elisa, a qui es deriven tots els casos de dones o parelles que volen interrompre un embaràs. Tot i que la meva tesi se centra en les pèrdues no voluntàries, també observo algunes d'aquestes consultes: ben aviat m'adono que l'avortament voluntari és l'altra cara de la mateixa moneda, i que la manera com es defineixen la subjectivitat materna i l'estatus de persona del fetus, afecta tant a una experiència com a l'altra.

A l'ASSIR, les llevadores i les ginecòlogues, sí que em presenten com algú que està fent una tesi sobre «el procés de l'embaràs» —val a dir que en situació de visita de seguiment d'un embaràs clínicament normal és més senzill de fer que no pas en situació d'urgència o d'ingrés per una pèrdua—, es demana permís a les usuàries per ser observades, i, per tant, també la recollida de dades, en forma de notes de camp, es fa durant la consulta, amb excepció de les sessions de teràpia psicològica per casos de pèrdua, on, tot i que les usuàries estan degudament informades, prenc les notes immediatament després de la sessió.

2.2. Accés a la subjectivitat materna

Per tal d'accedir a la subjectivitat materna de les dones embarassades que han patit pèrdues gestacionals no basta amb l'observació participant, sinó que cal escoltar pausadament el punt de vista d'aquestes dones. Per a això, he trobat dues pràctiques o espais: l'entrevista i l'observació participant a la consulta de la psicòloga de l'ASSIR.

2.2.1. Entrevistes

Faig un total de nou entrevistes. Els criteris per seleccionar les participants és que siguin dones que hagin perdut un o més embarassos de manera relativament recent. Entre les pèrdues hi incloc també les interrupcions induïdes de l'embaràs per motiu d'una malformació o un pronòstic de discapacitat, però n'excloc les interrupcions induïdes al primer trimestre per rebuig de l'embaràs *per se*. Tot i que el criteri sembla prou ampli, no totes les entrevistes el compleixen. Una de les dones entrevistades explica un conjunt de pèrdues de fa 5 anys (Berta), una altra dona explica una pèrdua de fa 8 anys (Esperanza), i una altra va acabar decidint no avortar un embaràs en què el fetus tenia una malformació cerebral (Eva). També val a dir que entre aquestes nou entrevistes compto tots els enregistraments de dones explicant les seves històries, tot i que en un dels casos no es tracta d'una conversa que segueixi el mètode de l'entrevista pròpiament dita, com explico més avall.

A l'inici del treball de camp em plantejo fer entrevistes a les dones que he observat a l'hospital durant una pèrdua: em presento a les dones, els parlo del treball que faig i els

demano el telèfon per si volen fer una entrevista uns mesos més endavant, quan el cop més dur hagi mitigat. Tanmateix, la resposta no és l'esperada. La majoria de dones amb qui contacto a l'hospital no volen ser entrevistades. O bé em diuen que no en el mateix moment en què els ofereixo la possibilitat de l'entrevista, o bé em diuen sí a l'hospital i que no més endavant, quan les truco per quedar. Mitjançant aquesta via, només acabo entrevistant una dona (Lourdes).

Contacto la resta de participants de dues maneres: en un cas, es tracta d'una dona que observo fent teràpia psicològica a l'ASSIR i que accepta fer una entrevista a soles amb mi (Coral). La resta son amigues, conegudes, amigues d'amigues, conegudes de conegudes que també han tingut alguna pèrdua d'embaràs, és a dir, el tipus de mostratge conegut com a «bola de neu».

Aquesta manera no prevista d'accedir a conversar amb dones que han patit pèrdues presenta una limitació dolorosa que afecta les dades d'aquest treball, i és la no coincidència, per una banda, entre els espais ginecoobstètrics que he observat i aquells on les dones finalment entrevistades han viscut les seves experiències —que inclouen centres privats, hospitals d'alta tecnologia o sistemes sanitaris públics d'altres països— i, per l'altra banda, entre el perfil cultural, racial i de classe d'aquestes dones —8 europees blanques treballadores amb feines estables i/o qualificades, 1 llatinoamericana no blanca empleada de la llar (Esperanza)— i el de la població observada a l'hospital, on, com he comentat més amunt, hi ha un percentatge força més elevat d'usuàries no europees, no blanques i en feines molt precàries, situació de pobresa i/o experiències de migració. Un altre efecte d'aquest mode d'accés a les participants ha estat que, en ser més corrents les pèrdues al primer trimestre, he acabat entrevistant més participants que han patit una pèrdua en aquest període de l'embaràs (8) que no pas participants amb pèrdues més tardanes (2).

Vaig buscar que les entrevistes fossin molt obertes, de manera que poguessin emergir tots els temes que les dones consideressin rellevants sobre la seva història. Així, després d'una breu presentació, només hi havia una pregunta guionitzada que actuava com a catalitzadora

del discurs («Em pots explicar la teva història reproductiva, des que et vas plantejar ser mare fins al moment actual?»). La resta de preguntes es feien al fil de la conversa quan apareixien temes en què volia aprofundir o quan la qüestió de la *personhood* no apareixia prou explícitament. Aleshores, en cas d'estar parlant d'una pèrdua de primer trimestre, preguntava: «El vas arribar a sentir com un fill?», i en cas d'estar parlant dels embarassos que havien arribat a terme, «En quin moment vas començar a sentir-lo com un fill teu?».

En un cas la metodologia és diferent de la de l'entrevista. L'Eva és una dona que, també després d'una experiència pròpia d'embaràs que finalment no va perdre, elabora un projecte artístic. Quedem per parlar dels nostres projectes respectius, i la conversa, que gravem i acordem poder fer servir les dues, acaba contenint dades sobre la seva història valuoses per a aquest treball.

En general es tracta d'entrevistes plenes d'emoció i complicitat que faig estant embarassada o poc després del naixement del meu primer fill. El fet que jo també hagués tingut una experiència de pèrdua d'embaràs, la qual cosa jo explicitava a l'inici de l'entrevista, feia que en molts moments l'entrevista es convertís en una conversa de tu a tu en què també elles em feien preguntes sobre el que jo havia viscut. El tabú de la pèrdua de l'embaràs ha estat alhora un escull i un facilitador per conversar amb aquestes dones, difícils de trobar, i encara més en època de pandèmia, però amb moltes ganes de parlar. De fet, entrevisto l'Esperanza, que m'explica la seva història de fa 8 anys, de la qual en realitat ja no recorda massa detalls, perquè, en assabentar-se del meu tema de tesi, em demana que l'entrevisti i jo veig que necessita parlar-ne. També en altres casos sento que la pròpia entrevista és terapèutica, com és el cas de la Montse, que més endavant m'escriu confirmant-ho.

Les entrevistes duren entre una i dues hores i mitja. En els casos de la Berta i la Coral van caldre dues sessions. La diferència entre la situació de pandèmia de COVID-19 i les situacions pre-pandèmia i post-pandèmia, així com la situació de distància en un cas, fa que algunes entrevistes siguin presencials (1^a sessió Coral, 1^a sessió Berta, Bea, Esperanza, Lourdes, Sònia) i els llocs inclouen casa seva, casa meua, un bar, consultes buides de l'ASSIR,

consulta de la psicòloga, i que altres s'hagin fet online (2^a sessió Coral, 2^a sessió Berta, Carla, Alba, Eva, Montse).

Totes les dones han donat el seu consentiment informat (amb text revisat pel Comitè d'Ètica de l'Hospital d'Ossina, vegeu Annex 1), ja sigui per mitjà de signatura escrita, com, en els casos de les entrevistes online, per mitjà de signatura oral enregistrada a l'inici de l'entrevista. Els enregistraments i les transcripcions es guarden en local al meu ordinador personal protegit mitjançant contrasenya.

2.2.2. Sessions de teràpia psicològica

Observo les sessions de teràpia psicològica de 3 dones. Una d'elles, la Coral, també és entrevistada, i una altra, la Sònia, em permet, a instàncies de la psicòloga, de gravar l'inici de la sessió (la seva segona sessió, però la primera de les seves que jo observo), en què m'explica què la porta allà en un relat breu, dens i ple d'emoció. Tret d'aquest moment en què es permet la gravació, la tècnica és la de l'observació participant, i les notes de camp es prenen just acabada la sessió.

Aquesta i la de les entrevistes, son dues maneres ben diferents d'acostar-se a la subjectivitat de les participants. En les entrevistes normalment la dona ja és fora de l'espai ginecoobstètric, ha passat un temps ençà de l'experiència i s'ha pogut forjar un relat, i jo, com a investigadora, coconduixo amb la persona entrevistada el fil de l'entrevista, i per tant aquesta pot estar més enfocada als temes rellevants per a la tesi. En el cas de l'observació participant en les sessions de teràpia psicològica es tracta d'històries i de subjectivitats que encara no han sortit de l'espai ginecoobstètric. El que observo és una entrevista amb objectius clínics, i no de recerca, que jo no coconduixo, i que molt sovint tracta temàtiques fora de l'abast d'aquesta investigació. Tanmateix son valuoses en tant que l'experiència és molt recent i s'assisteix als inicis de la forja del relat, un relat que s'està construint amb la contribució de la psicòloga.

Cal esmentar que, encara que el servei de Psicologia de l'ASSIR sigui un servei públic, no s'hi observen dones que no siguin blanques. Quan pregunto el perquè a la psicòloga, diu que no hi arriben, o que fan una sessió i no tornen, potser perquè de vegades els costa molt expressar-se en català o castellà, o perquè tenen espais de cura propis.

2.2.3. Participants entrevistades i/ o observades en sessió terapèutica

- **Berta:** Dona andorrana de 40 anys en el moment de l'entrevista. És lingüista, traductora i investigadora i docent universitària. Viu a Barcelona i està en una relació heterosexual amb un home que té un fill (10) i una filla (14) d'una parella anterior. Explica la història de pèrdua de tres embarassos de primer trimestre, l'experiència dels recorreguts en l'àmbit sanitari per trobar la causa dels avortaments, així com la història dels seus dos embarassos posteriors, medicats amb heparina, amb fills vius a terme, que ja tenen 4 i 2 anys. Les atencions d'urgència relatades tenen lloc a la sanitat pública, mentre que les proves i els seguiments dels embarassos posteriors tenen lloc a la sanitat privada.
- **Carla:** Dona catalana de 38 anys en el moment de l'entrevista. És educadora social. Viu a Barcelona i està en una relació heterosexual. Les morts dels seu pare i la seva mare marquen la seva història. Explica la història de preparació per a l'embaràs, la pèrdua de quatre embarassos de primer trimestre, tres dels quals espontanis i un d'ectòpic, l'experiència del recorregut per trobar la causa dels avortaments, així com l'experiència del seu embaràs i amb fill viu a terme, que ara té 1 any. L'atenció obstètrica relatada per trobar la causa dels avortaments i possibles tractaments té lloc a la sanitat privada.
- **Alba:** Dona castellana de 34 anys en el moment de l'entrevista. És psicòloga social i fa investigació aplicada. Viu en un altre país de la Unió Europea. Està en una relació heterosexual. Explica la història de la pèrdua de dos embarassos de primer trimestre, un d'ells retingut que es va manejar de manera expectant, així com l'experiència del

seu embaràs amb fill viu a terme, que ara té 6 mesos. Les atencions relatades tenen lloc a la sanitat pública del país on viu.

- **Rita:** Dona catalana de 34 anys en el moment en què fa us dels serveis de psicologia de l'ASSIR d'Ossina, ciutat on viu. És biòloga i treballa en una clínica de reproducció assistida. Està en una relació heterosexual. Explica la història d'una fecundació in vitro que no va bé, d'un embaràs que es perd molt ràpidament després del test positiu, i d'una pèrdua d'un embaràs gemel·lar de primer trimestre. Els seus coneixements sobre la fecundació marquen la seva experiència. Les atencions relatades tenen lloc en una clínica de reproducció assistida privada que no és la del seu lloc de treball.
- **Lourdes:** Dona catalana de 43 anys en el moment de l'entrevista. És administrativa. Viu a Ossina i té una filla de 7 anys d'una parella anterior i està en una relació heterosexual amb un home sense fills. Explica la història de la pèrdua d'un embaràs al primer trimestre atesa a l'hospital d'Ossina.
- **Montse:** Dona valenciana de 42 anys en el moment de l'entrevista. És matemàtica i docent en un institut d'educació secundària. Viu en una població del Vallès Occidental, està en una relació heterosexual amb qui ja té un fill de 2 anys. Explica la història de la pèrdua molt recent (tot just 1 mes abans de l'entrevista) d'un embaràs retingut al primer trimestre, que es maneja amb un raspall en una clínica privada.
- **Esperanza:** Dona colombiana de 54 anys en el moment de l'entrevista. Té estudis de comptable i treballa d'empleada de la llar. Viu a Barcelona, està en una relació heterosexual amb un home amb qui té una filla de 17 anys. Explica la història de la pèrdua espontània d'un embaràs al primer trimestre, una pèrdua que va tenir lloc 8 anys enrere i que va ser atesa en la sanitat pública.
- **Eva:** Dona catalana de vora 35 anys en el moment de l'entrevista. És artista. Viu a Barcelona i està en una relació *queer* amb una dona trans. Explica la història del seu embaràs (amb fill viu a terme) en què es planteja la pèrdua induïda al segon trimestre

per motiu d'una malformació cerebral. L'atenció obstètrica relatada té lloc a la sanitat pública.

- **Bea:** Dona catalana de 40 anys en el moment de l'entrevista. És administrativa a la funció pública. Viu en una població del Baix Llobregat i està en una relació heterosexual. Explica la història de la pèrdua espontània d'un embaràs al primer trimestre, manejada amb raspat; la pèrdua induïda d'un embaràs amb pronòstic de discapacitat a l'inici del segon trimestre, i el naixement del seu fill, en què la Bea va patir una preeclàmpsia que va requerir una cesària d'urgència i, posteriorment, una eclàmpsia que va requerir ingrés a la Unitat de Cures Intensives. El seu fill nascut viu té 1 any en el moment de l'entrevista. Totes les atencions obstètriques relatades tenen lloc a la sanitat privada.
- **Sònia:** Dona catalana de vora 35 anys en el moment de les sessions terapèutiques. Treballa de cambrera en un restaurant. Viu a Barcelona amb la seva filla de 6 anys d'una parella anterior, i està en una relació heterosexual amb un home sense fills. Explica la història de la pèrdua induïda d'un embaràs al final del segon trimestre per motiu d'una malformació cerebral. El seguiment de l'embaràs es fa per la sanitat privada, mentre que la inducció de l'avortament es fa a la sanitat pública.
- **Coral:** Dona catalana de 34 anys en el moment de l'entrevista. Treballa d'administrativa. Viu en una població propera a Ossina i està en una relació heterosexual. Explica la història de cerca de l'embaràs, l'embaràs mitjançant fecundació in vitro (FIV) i la pèrdua d'aquest embaràs de bessons al segon trimestre a causa d'una infecció uterina un any enrere. En el moment de l'entrevista està fent un nou cicle de FIV i el primer intent ha fallat. Tant la fecundació, com el seguiment i el maneig de la pèrdua es duen a terme a la sanitat pública.

2.3. Anàlisi de les dades i escriptura etnogràfica

L'escriptura, i l'escriptura etnogràfica no n'és cap excepció, és, en si, una pràctica analítica. Alhora, l'anàlisi, en ciències socials, no deixa de ser una pràctica literària. I totes dues són una pràctica ètica i política. Ho diu molt bé Ivan Jablonka a la introducció del seu llibre *La historia es una literatura contemporánea* (2014/2016):

¿Podemos imaginar textos que sean a la vez historia y literatura? El desafío solo tiene sentido si da origen a nuevas formas. La historia y la literatura pueden ser, una para la otra, algo más que un caballo de Troya.

Mi idea es la siguiente: la escritura de la historia no es una mera técnica (anuncio del plan, citas, notas a pie de página), sino una elección. El investigador se encuentra frente a una *posibilidad de escritura*. De manera recíproca, una *posibilidad de conocimiento* se ofrece al escritor: la literatura está dotada de una aptitud histórica, sociológica, antropológica.

Debido a que en siglo XIX la historia y la sociología se separaron de las bellas letras, el debate suele tener como basamento dos postulados: las ciencias sociales no tienen una dimensión literaria, y un escritor no produce conocimientos. Habría que escoger entre una historia que sea «científica», en detrimento de la escritura, y una historia que sea «literaria», en detrimento de la verdad. Esta alternativa es una trampa.

En primer lugar, las ciencias sociales pueden ser literarias. La historia no es ficción, la sociología no es novela, la antropología no es exotismo, y las tres obedecen a exigencias de método. Dentro de ese marco, nada impide que el investigador escriba. Huyendo de la erudición que se vierte en un no-texto, puede encarnar un razonamiento en un texto, elaborar una forma al servicio de su demostración. Conciliar ciencias sociales y creación literaria es intentar escribir de manera más libre, más justa, más original, más reflexiva, no para relajar la científicidad de la investigación, sino, al contrario, para fortalecerla.

En efecto, si la escritura es un componente insoslayable de la historia y las ciencias sociales, lo es menos por razones estéticas que por razones de método. La escritura no es el mero vehículo de «resultados» ni el paquete que uno ata a las apuradas, una vez terminada la investigación: es el despliegue de esta, el cuerpo de la indagación. Al placer intelectual y la capacidad epistemológica, se agrega la dimensión cívica. Las ciencias sociales deben discutirse entre especialistas, pero es fundamental que también pueda leerlas, apreciarlas y criticarlas un público más amplio. Contribuir mediante la escritura al atractivo de las ciencias sociales puede ser una manera de conjurar el desamor que las afecta tanto en la universidad como en las librerías. (Jablonka, 2014/2016, pàg. 11-12)

En aquest treball, però, hi ha diferents moments de l'escriptura, de manera que també es posen en joc diferents nivells d'anàlisi:

El primer nivell correspon al moment mateix de la recollida de dades, ja sigui en la presa de notes de camp o en la producció i enregistrament del relat de les entrevistes. Aquestes no poden no ser produïdes ni recollides si no és a la llum d'una selecció i una interpretació de les mateixes, una selecció i una interpretació que prové de la meua experiència acadèmica i personal, del marc teòric ja força definit en la recerca anterior, dels objectius de la present investigació i de la presència del meu cos. A més, aquestes notes es transformen al final de la jornada en una entrada al diari de camp pròpiament dit, on faig una narració més detallada de les observacions i on també aprofundeixo en aquesta anàlisi no sistemàtica. L'escriptura d'aquest diari ja és un exercici de descripció densa (Geertz, 1973/2003) on s'hi inclouen el detall dels escenaris, els contextos, reproducció de diàlegs, la caracterització de personatges (Emerson, Fretz i Shaw, 2011), així com les meves pròpies emocions, pensaments i sensacions físiques (Ellis i Bochner, 2000; Richardson, 2000).

Un cop acabat el treball de camp, les dades del diari i de les entrevistes es llegeixen i es categoritzen, la qual cosa constitueix un segon nivell d'anàlisi. En aquest treball, un primer nivell de categories correspon a la naturalesa de l'experiència relatada o observada, és a dir, segons si s'està relatant/observant una experiència de cerca de l'embaràs, una experiència de seguiment d'un embaràs no problemàtic, una experiència de pèrdua d'embaràs. Aquesta primera gran categorització marca l'estructura d'aquest treball. Dins d'aquestes tres grans categories se n'estableixen d'altres que conformen els diferents apartats dels resultats.

Finalment, en l'escriptura del text final, durant la qual segueixo llegint i interpretant, es dona un tercer nivell d'anàlisi, on es comprova si les categories generades funcionen en el relat, es reordenen, se'n creen de noves, i, atès que en aquesta tesi no he volgut excloure la pròpia subjectivitat, es generen noves dades provinents de nous records, noves sensacions o noves experiències meves, que s'inclouen i s'analitzen directament en l'escriptura del text

final. Un text que, a més de donar a conèixer resultats, també té una voluntat i una consciència literària i de responsabilitat cívica (Jablonka, 2014/2016).

2.4. Aclariments

- No he fet enregistraments durant l'observació participant. Les frases entre cometes són d'una literalitat aproximada i dependent de la meva memòria. Afortunadament, al camp hi havia força estones mortes, i entre l'observació d'un esdeveniment i la presa de notes de camp no acostumava a passar més d'una hora.
- La ginecologia i l'obstetrícia són especialitats de la medicina. Tanmateix, amb l'adjectiu *ginecoobstètric* vull designar tot un àmbit o servei que també inclou llevadores, auxiliars d'infermeria i, de vegades, psicòlogues.
- Tots els substantius col·lectius, excepte el dels fetus, són col·lectius formats majoritàriament per dones: les gestants (no he trobat cap gestant home), les llevadores (només he trobat un llevador home) i les ginecòlogues (només he trobat dos ginecòlegs homes). D'entre aquests, només el col·lectiu dels i les professionals de la ginecologia es designa tradicionalment en masculí, ja que es tracta d'una professió que només s'ha feminitzat recentment. Per tal de no fer diferències entre els dos grups professionals, fortament feminitzats més enllà de les seves respectives tradicions, he optat per fer servir el femení genèric també per al col·lectiu de ginecòlogues.
- L'objecte d'aquesta tesi tan sols inclou les mares que gesten els seus fills. Exclou, per tant, altres maneres legítimes de ser mare com l'adopció i l'acolliment. També, per limitacions metodològiques que tenen a veure amb el temps i l'espai d'observació participant, no s'han observat gestacions trans ni lesbianes, que han quedat excloses del treball. Malgrat que aquestes exclusions són doloroses i malauradament contribueixen a mantenir una subjectivitat materna biologiscista i heterosexista, no s'aniran evocant al llarg del text per no fer-lo massa carregós.

- En aquesta tesi qüestiono, entre d'altres, les fronteres lingüístiques establertes entre uns éssers en gestació i uns altres (zigots, embrions, fetus, bebè...), però no he estat del tot capaç de trencar-les. He optat, si el conec, pel terme que fa servir la gestant de qui estic parlant, inclòs el nom propi del fetus si en tenia. Si no el conec o em refereixo a aquests éssers en general, utilitzo les paraules embrió, fetus, «ésser en gestació», «ésser concebut», segons la *personhood* que, humilment, i entenent que fent-ho participo en la seva construcció, considero que aquest ésser té o ha de tenir.
- Finalment, a l'hora d'anomenar les interrupcions de l'embaràs, evito assumir les denominacions que fan servir les professionals, i que remetent a la voluntarietat d'aquesta acció. Com es veurà en el capítol 8 sobre fronteres morals, el fet que aquesta sigui voluntària, en el sentit d'una decisió presa per un individu autònom després del seu context, és discutible.

**PART II. EMBARÀS I PRODUCCIÓ DE LA SUBJECTIVITAT MATERNA
I DE LA *PERSONHOOD* DE L'ÉSSER EN GESTACIÓ**

Capítol 3. Quedar-se embarassada

3.1. Desig de fill i subjectivitat materna

Després d'un parell de visites per a revisions ginecològiques periòdiques, mirem a l'ordinador l'historial de la propera usuària. La doctora Laura Espeso de seguida riu «Ui! Una noia de 33 anys sense fills! Ui! Ja veuràs! A-n-aquesta l'apretarem una mica, a veure si es queda embarassada!». Jo i la Diana, una estudiant de medicina en pràctiques de la meua edat o potser més, ens mirem desaprovant-la, però no diem res. Seguim llegint l'historial. És una dona diagnosticada d'ovari poliquístic i amb signes d'hiperandrogenisme. Tot i que la paraula ja em fa ensumar-m'ho, pregunto què és l'hiperandrogenisme, i la Diana s'apressa a explicar-me que es tracta del desenvolupament, en dones, de característiques corporals més freqüents en els homes. L'Espeso ho corrobora i em diu que potser veuré que té pèl facial, acne, o molt de pèl corporal, que potser té molt poc cabell, la veu greu, greix abdominal o un clítoris més gran. A part d'aquests signes més visibles, m'explica que l'hiperandrogenisme també pot donar problemes d'alteració menstrual. La noia, tímida, entra i seu. Explica que ve perquè vol fer algun tractament per a la caiguda del cabell. La Laura assenteix, li fa algunes preguntes, la pesa i l'explora. Quan tornem a seure, el primer que li pregunta és si té parella i si vol tenir fills. La Diana i jo ens tornem a mirar: comença la festa. La noia mira avall, li han pujat els colors, i respon que sí, que té parella i que algun dia en voldrà tenir, que amb la parella ho van parlant, però encara no s'han posat a buscar. També explica que la seva parella té més ganes de posar-s'hi, i que és ella qui no ho veu clar perquè treballa al món de l'hosteleria, que és dur i precari, i que no sap si podrà amb tot. La Laura li diu que si aquesta no és una situació que hagi de canviar en breu, aleshores mai no serà un bon moment, i que, tant per tant, per què no posar-s'hi ja? «Fes-li cas al teu nòvio!», diu amb alegria, i va insistint amb un gran somriure a la cara. Jo me la miro i en seu rostre veig que realment es creu aquest paper d'agent de reproducció humana, per dir-ho així. No només és que treballi també en una clínica privada de reproducció assistida i ajudi dones i parelles que, com jo, han decidit tenir fills i que tenen

dificultats, sinó que porta la seva missió més enllà i intenta convèncer les que encara no s'han decidit.

Tubert (citada a Imaz, 2010) distingeix entre el *desig de maternitat*, un desig més o menys vague, que les dones podem sentir —o no— des de la infància, de ser mares algun dia, i el *desig de fill*, el desig més concret de voler tenir un fill en les circumstàncies personals del present, el desig que empeny a la cerca d'un engendrament. La doctora Espeso aprofita l'existència del primer per forçar el segon quan les circumstàncies biològiques presents —principalment el sexe i l'edat— són adequades, sense tenir en compte les circumstàncies materials o psicosocials, i fins i tot fa passar la demanda de la usuària, un tractament per a l'alopecïa, a un segon terme. El més efectiu per a la caiguda del cabell són les pastilles anticonceptives, però enlloc d'això la Laura li recepta un altre tractament hormonal, que li regularà el cicle, farà que els signes d'hiperandrogenisme disminueixin una mica, però que li permetran quedar-se embarassada. L'Espeso l'hi explica bé, i la dona ho accepta, però a mi, i també a l'estudiant en pràctiques, ens fa l'efecte que no ha tingut temps de pensar-hi i decidir sense la pressió de la consulta. «Apa!», s'acomiada la Laura, «Ara quan arribis a casa li diràs al teu nòvio: “He anat a la ginecòloga per una cosa que no tenia res a veure i he sortit amb deures!” Ja veuràs que content que es posarà!».

Quan la dona marxa, la doctora ens explica com n'és d'important tenir els fills abans dels trenta-cinc per no trobar-se després amb problemes d'infertilitat, avortaments o altres problemes durant l'embaràs. Em dono per al·ludida i em sento malament. La psicòloga Rossanna Marenzi explica al seu Treball de Final de Màster de Psicologia General Sanitària (2020, no publicat) que moltes de les dones que atenia a la seva consulta en una clínica de fertilitat eren dones que segons les recomanacions clíniques «anaven tard». En els seus discursos, més que el desig de ser mares o de tenir fills, tenien un lloc central la culpa, el penediment i el qüestionament de les seves tries vitals, encara que fossin tries ben raonables en aquell moment, tries que seguien els mandats de la dona occidental contemporània: gaudir, aprendre, viure al màxim, ser independent. També explica que quan finalment podia tocar el

tema del desig amb aquestes dones, les motivacions que expressaven eren molt diverses, de manera que les nocions d'instint maternal i de desig s'anaven desdibuixant cada vegada més.

«Sempre havia volgut ser mare» o «Sempre havia volgut ser mare jove» son dues frases que es repeteixen sovint després que demani a les dones que entrevisto que m'expliquin la seva història reproductiva. I per descomptat, entre les entrevistades, també hi ha dones que expliquen que mai van passar per aquest desig de maternitat, dones a qui no se'ls havia passat pel cap ser mares fins que les circumstàncies no van començar a encaixar amb el que elles pensaven que els calia per ser mares.

Tanmateix, haver volgut ser mare des de sempre o no no ens pot fer predir res de relacionat amb la pèrdua de l'embaràs: ni el nivell de dolor, ni l'estatus de persona que tindrà o que no tindrà el fetus, ni l'aparició d'una subjectivitat materna. Vaig entrevistar la Montse, que no havia volgut ser mare fins a la trentena, quan la seva pèrdua d'embaràs de primer trimestre era encara molt recent, i vaig veure en directe el dolor per una filla perduda: «Molt trist perquè... [plora] perquè jo ho vivia com que el meu fill, pues... jo ho vaig viure com a que em separaven del meu fill. O filla». Per contra, la Berta, que ho havia volgut des de sempre, explica que va estar molt trista i que tenia por de no arribar mai a ser mare, però que no sentia dolor per haver perdut «un conjunt de cèl·lules que estaven començant a evolucionar».

Però tampoc el desig o la manca de *desig de fill* ens ho pot fer predir. L'Elena, una llevadora de l'hospital, explica que quan es va quedar embarassada per primera vegada no estava buscant cap embaràs, que feia molt poc temps que sortia amb el seu xicot —ara marit—, i que es va plantejar interrompre'l, però finalment va decidir que tindria la criatura. El seu dolor quan el va perdre un parell de setmanes després, diu, va ser enorme.

Així, podem passar de no ser mares ni voler-ho ser, a ser-ho en molt poc temps, i, de fet, no hi ha cap de les dones entrevistades que relacioni els seus sentiments cap a allò perdut amb la presència o la manca de desig. Caldrà, doncs, buscar fora del desig i de la socialització primària la manera com apareix aquesta subjectivitat.

3.2. Preparar el cos i la ment

En les nostres societats, com en moltes altres¹², existeix la possibilitat relativa de planificar un embaràs. Aquesta planificació implica la possibilitat de preparar-se per a l'embaràs i la maternitat abans de la cerca de l'embaràs pròpiament dita. Les maneres de preparar-se poden ser diverses, poden implicar operacions més o menys intenses sobre el cos, una adquisició més o menys extensa de nous coneixements, una negociació més o menys intensa dins la parella o la família, i una intervenció ginecoobstètrica major o menor, però són accions que ja comencen a fer aparèixer un dels principals trets característics de la subjectivitat materna occidental actual com és el sentit de la responsabilitat de la cura dels fills, sentiment que, segons autores com Élisabeth Badinter (1991) o Sharon Hays (1998) comença en l'època de la Il·lustració i es va accentuant amb el pas dels segles, potser precisament perquè cada cop més la maternitat és una cosa que es decideix, que s'escull (Imaz, 2010).

Doncs jo tenia 26, camí dels 27, i ell acabava de fer els 40. I la veritat és que vam congeniar de seguida, i ell ja en tenia 40, jo tenia ganes de tenir fills, i un dia ho vam començar a parlar, i vam dir, «doncs sí, doncs fem-ho». Ja portàvem dos anys junts i vam dir, «va, pues ho fem». A més ho vam planejar, vaig llegir els manuals... «ves al dentista, mira que tinguis totes les vacunes...» És que encara ric! Perquè em sembla de manual! «Ves al dentista, ves a mirar... ¿de què fa anys que no et vacunes?, No et vacunes el tètanus...». Doncs em vaig vacunar el tètanus. «Què no has passat mai i diuen que és perillós passar embarassada? La varicel·la». Doncs em vaig vacunar de la varicel·la. Perquè sí, jo soc de les raretes que no l'ha passat. Pues res, pues *xuminades* d'aquestes: em vaig fer d'una mútua... i totes aquestes coses. I aleshores ens vam posar a buscar l'embaràs. (Coral)

La Coral se centra en la cura del cos: s'informa, es posa en mans de professionals de la salut, revisa tot el que cal, tot el que té i tot el que li falta per tenir un cos preparat per a l'embaràs. Per a la Carla, que sempre havia dit que volia ser mare jove, l'esforç de la preparació és molt més gran i molt més durador. D'una banda, perquè les operacions corporals i de salut

¹² Per a tenir un control reproductiu no és imprescindible l'ús dels anticonceptius de què disposem en les societats occidentals i occidentalitzades. Sostak (1981) explica que les dones ikung —una societat caçadora-recol·lectora sense accés a anticonceptius en el moment en què Sostak fa el treball de camp— tenen un fill cada tres anys aproximadament.

que creu que ha de fer per quedar-se embarassada són més i són més intenses i, de l'altra, perquè ella no només es prepara per a l'embaràs, sinó que és ben conscient que serà *mare* i creu que, abans de poder tenir cura d'una criatura, ha de canviar també la seva manera de ser i d'estar al món.

[...] jo ja volia molt més, però sí que em feia molta cosa, perquè jo fumava, i em feia molta cosa perquè pensava «És que com deixaré de fumar? És impossible que deixi de fumar», i a més se'm sumava que era gorda... Bueno, que era gorda!, encara ho soc...! Però tenia molt de sobrepès, i llavors era... em feia com molta cosa, entre el sobrepès, el tabac, no sé què..., era com: «He de com establir tot això, i quan tingui tot això solucionat, tal». I després també em va passar que amb el Pepus... encara discutim, però, vull dir, discutíem molt, me'n recordo, *pues* perquè som *apasionaos*, jo sobretot, i llavors sempre deia «Quan no discutim, saps?, és quan podrem tenir fills». *Todo lo que conlleva...* Saps? Llavors dèiem «No, hem de saber gestionar les emocions, hem de saber tal...». Total...

M: O sigui, havíeu de fer com tot un treball.

C: Sí, jo era molt de «He de fer un treball»: físic, mental, com d'estar molt bé per poder ser mare, saps? Llavors què va passar també, que quan vaig començar amb el Pepus va ser quan es van morir mons pares, i aleshores a nivell de càrrega emocional, estava fatal. [...] I... Bueno, total, que al haver-se mort mons pares, el primer i segon any, jo estava [...] molt feta caldo. I llavors estava en un rol de parella... Total, que aquell any, era com que jo estava molt dependent del Pepus, era molt desequilibrat, ell era molt cuidador i jo molt... molt nena, com si diguéssim, molt feta caldo. I llavors clar, això, per molt que jo volgués ser mare era en plan «*primero tengo que sanar esto antes de... de poder ponerme a ser madre...*». I va passar temps. [...] Ja hi pensava, eh, en ser mare, però era com... Se'm feia una bola, se'm feia una muntanya, mentalment, de dir «Com podré fer tot això que tinc en el cap que he de fer, com ho podré fer?». (Carla)

El relat de les operacions físiques i psicològiques que ha de fer la Carla continua una llarga estona de l'entrevista amb el treball amb la naturòpata que l'ajuda a deixar de fumar, amb la psicòloga que l'ajuda amb la relació de parella i amb el dol dels pares, i amb el diagnòstic d'un trastorn per afartament que també es va tractar amb psicoteràpia, tots ells espais no ginecoobstètrics però sí clínics que l'ajuden a preparar-se per ser mare.

Clar, entre tot això pensa que vaig perdre trenta quilos. O sigui, tota aquesta teràpia, lo bo va ser: vaig deixar de fumar..., vull dir, primer vaig deixar de fumar, després vaig baixar trenta quilos, a nivell emocional em vaig fotre un *currazo* de la hòstia amb el Pepus i tal, [...] vaig agafar l'hàbit d'anar sempre al gimnàs, o sigui,

hi ha moltes coses... *Ha sido cambio de vida radical*: ja no bec mai... Llavors, tot això, a mi, a nivell d'autoestima em va fer créixer molt, per tant cada vegada em sentia més forta. (Carla)

Del relat d'aquestes dues dones es desprèn que no qualsevol dona pot ser (bona) mare, que el cos i la ment han de trobar-se en un estat determinat. Ara bé, no només cal preparar el cos i la ment de la dona. Quan hi ha parella home, també aquest és una persona/cos que cal preparar o vigilar que sigui adequat, i si això ho esmento en una tesi sobre subjectivitat materna és perquè aquesta responsabilitat també pot recaure en les dones, com en el cas de la Montse:

I vaig estar una mica, uns mesos, no sé, potser un parell de mesos, en plan fent campanya, que dic jo. Dient «Vinga va, que ens hi hem de posar, que tinc 39 anys, que si hem de ser pares...». A més, ell té 4 anys més que jo, vull dir que ell tenia 43 ja. I dic «I tu tens 43, què vols, ser un pare o un *abuelo*?», li deia jo, volent dir «Vinga va, que ens hem de posar», però inclús vaig haver de fer jo una campanya dintre la parella, i bueno, al final ell va dir «Bueno, vinga, va, 'nem, 'nem», *medio contento medio cagao*, [...] i llavors ens hi vam posar. (Montse)

Encara no s'ha començat a cercar l'embaràs, i les dones ja comencem a transitar cap a una subjectivitat de mare esforçada (Carla), que cuida cada detall (Coral), que va per davant de la parella home i se'n responsabilitza (Montse). Molt lligat a l'assumpció d'aquestes responsabilitats, hi ha el sentiment de culpa, també característic de la subjectivitat materna (Badinter, 1991; Hays, 1998), quan les coses van maldades, fins i tot, com veurem més endavant, quan hi ha problemes fisiològics —com un avortament espontani— que les dones no podem controlar.

3.3. Cerca d'embaràs i gestió de les relacions sexuals

Mantenir relacions sexuals amb el propòsit de concebre no sempre equival només a deixar de fer servir anticonceptius. En una societat que alguns han anomenat societat de la informació (Castells, 1997) i que també s'ha caracteritzat com a societat del treball i el

rendiment (Han, 2014), cercar un embaràs sovint significa tenir en compte el funcionament fisiològic dels aparells reproductius femení i masculí per a ser el màxim d'eficients en la cerca. De vegades aquesta feina es fa des de l'inici, des que es pren la decisió de tenir un fill, i de vegades es fa quan l'embaràs triga més del que esperàvem o quan ja hi ha hagut un avortament espontani. En qualsevol cas, malgrat que a priori la concepció és responsabilitat de dos cossos, qui fa la feina d'informar-se, d'optimitzar les relacions sexuals i, fins i tot, de procurar-les, som sobretot les dones (Halcomb, 2018; Kimport, 2017).

Informar-se, ja sigui per mitjà de llibres o cerques a Internet o per mitjà d'una visita a la ginecòloga o a la llevadora, no només implica el temps i l'esforç d'aquesta cerca d'informació i de la seva transmissió a la parella, sinó que la informació que obtenim ens pot fer sentir pressionades a l'hora de cercar l'embaràs, ja que normalment les possibilitats de quedar embarassada no són tantes com en general pensàvem. Si bé durant l'adolescència i la joventut, quan amb altres objectius se'ns alerta de la possibilitat de l'embaràs no desitjat, ens sembla que podem quedar embarassades en qualsevol moment, quan cerquem informació per quedar embarassades ens assabentem que, dels 28 dies aproximats que té un cicle, només podem quedar embarassades durant 3 o 4 dies. També podem assabentar-nos aleshores més detalladament dels efectes de l'edat o dels nostres hàbits en els nostres òvuls i ovaris. L'Alba i la Montse expressen molt bé com aquest no-saber pot ser un privilegi:

I... i llavors ens hi vam posar, i la veritat que, una cosa que ara penso que vaig fer molt bé sense sapiguer que ho feia molt bé, era que no vaig anar a cap ginecòloga a informar-me sobre... En plan, dir-li «Mira, vull ser mare, què...? Bueno, a part de que hem de tenir sexe, que ja ho sé, hi ha algo més que hagi de comprovar o fer?». I dic que penso que vaig fer bé perquè vaig estar molt tranquil·la buscant el meu fill, amb el xip de que la meva mare va ser mare als 43-44, la meva germana als 44 va tenir el seu tercer fill i des d'aquí anava molt tranquil·la, en plan... I ho dic perquè després quan he anat a per al segon, ja parlarem, doncs vaig anar a la ginecòloga i va començar... Bueno, vaig sortir plorant d'allà, perquè era en plan «la reserva ovàrica». No sé si saps què és això, però jo m'he enterat fa uns mesos, que existeix una reserva ovàrica, perquè jo sempre he sigut molt feliç. Molt feliç..., bueno, molt despreocu... Bueno, que no, que no... que realment no em vaig anar mai a informar de res, i ara penso que vaig fer súper bé, perquè jo, amb els meus 39 anys, si hagués anat a una ginecòloga, i m'hagués començat a dir totes les coses que m'han dit als meus 42, doncs crec, estic segura, que hagués anat a buscar el

meu fill amb una pressió que no vaig tenir, i penso que va ser el millor que va passar. Perquè jo anava... anàvem fent... anàvem follant, no? (Montse)

[Paula, una amiga en proceso de reproducción asistida, y yo] tenemos otra amiga común que tiene dos hijos, sus embarazos han ido siempre bien, siempre se ha quedado embarazada rápido, no ha tenido abortos, ningún problema en los partos, nada, nada. Y es una tía que ni siquiera sabe como funciona la reproducción, o sea, no sabe que el óvulo sale del folículo, que la concepción tiene lugar en la trompa de falopio, que luego se instala en el endometrio... Claro, yo todo esto lo sé porque he tenido los abortos, entonces he buscado quedarme embarazada... ¿sabes? Y esta tiene un poco el lujo [fa gest de cometes amb els dits], el privilegio, de no saber ni siquiera como sucede todo esto, ¿sabes? Claro, Paula y yo era como «Eh? ¿En serio no lo sabes?». En el fondo es una afortunada de no tener que estar... ser consciente de todo esto, ¿no? Simplemente, ah, rollo mágico, sucede. (Alba)

En un espai ginecoobstètric que ara s'ha domesticat gràcies a testos d'ovulació que es poden comprar a la farmàcia i aplicacions mòbil de control del cicle menstrual, i sabent que l'embaràs no sempre és bufar i fer ampolles, les relacions sexuals es poden optimitzar de cara a ser el més eficients possible. Tant els testos d'ovulació (mitjançant tires d'orina), com les apps de seguiment de cicle son tecnologies dirigides a les dones. Això significa que nosaltres les que, novament, hem de monitorar els nostres cossos, i quantificar, distribuir i procurar les relacions sexuals (Lupton, 2014, 2015):

Bueno, jo al final em vaig descarregar una aplicació pel mòbil [...]. I jo vaig posar el meu dia de regla, em baixava la regla i posava «m'ha baixat la regla tal dia», i llavors aquesta aplicació ho calculava. Calculava: «*pues entonces tu ovulación próxima es esta y tu próxima regla será esta*». I llavors, jo, els dies marcats en verd, que eren els de l'ovulació, jo... jo no li deia a la meva parella que eren aquestos dies, perquè *pienso que pierde el glamour* i simplement jo el buscava més. Val? Jo el buscava més i aquell dia ell estava molt content, perquè era un festival [riu]. (Montse)

Durant aquests mesos que precedeixen l'embaràs, doncs, les dones tenim molt present aquest objectiu de la relació sexual, i —sobretot si l'embaràs triga a arribar— el sexe, ara instrumentalitzat, arriba a ser *feina* reproductiva.

Després vaig començar a mirar per Internet, vaig començar a comprar uns bastonets d'aquests de cartró que es posaven a l'orina per veure quan ovules, i bueno, jo aleshores tenia la regla molt irregular, i el *palito*, t'ho creguis o no... El meu marit sempre diu «els maleïts *palitos*», però té molta raó, saps? [...] has d'estar corrent, tenint sexe perquè ho mana un *palito*, és com... perd tota la gràcia. (Coral)

El sexe sentit com una feina contradiu la visió ideal que en tenim, un espai de gaudi pur, d'espontaneïtat i llibertat. Convertir-lo en obligació apaga la libido de la parella, però especialment el de la dona, que assumeix la responsabilitat de fer-ne el seguiment, i encara més si, com hem vist en el cas de la Montse, protegeix el desig de l'home mantenint-lo fora del dia a dia precís del cicle menstrual. Aquest procés és el primer pas per començar a convertir-nos en la mare asexual que s'espera que siguem més endavant (Friedman, Weinberg i Pines, 1998), o en la futura parella amb fills cansada del sexe, en el cas que es comparteixin responsabilitats (Mark i Lasslo, 2018).

També, com afirma Lupton (2014, 2015), la desigualtat en aquesta autovigilància pot crear una ansietat i una obsessió en la dona que ajudaria a alimentar el mite de l'instint maternal.

Sí que és veritat que quan me baixava la regla, trucava a una germana meva a la que li tinc molta confiança i li deia «*jó*, Lola, m'ha baixat la regla, *qué pena*, no ha sortit» i em quedava trista, em quedava aixafada, aquell dia em quedava, no aixafada només per la regla, aixafada perquè dic «Ai, no ha sortit». I la meva germana, que és molt optimista, bueno, sempre m'injecta optimisme, ¿no?, em deia «Tu tranquil·la, tu lo que tens que fer és 'nar follant, 'nar follant, i ja sortirà» [riu], i llavors deia «És veritat, és veritat...»

M: Tu això no ho comparties amb el teu company?

MG: A veure, lo de que m'ha baixat la regla i tal, sí que ho compartia, eh? No amb la intensitat o amb la transparència amb la que ho feia amb la meva germana, pues perquè amb la meva germana tinc una connexió emocional de entre dones i entre germanes que és diferent de la connexió emocional que tinc amb la meva parella, val? Però sí que li deia, li deia «Ai, m'ha baixat, tal, *qué pena, vaya*», no? Sí que li

deia. I sí. Però llavors passaven uns dies i mirava la pròxima ovulació i deia [fregant-se les mans] «Oh, mira, aquestos dies tornen a ser els meus», no? Llavors, jo m'animava, jo, «Vinga, va, va, va, que ja toca!». I... fins que també, va arribar un moment, quan portava uns cinc mesos, que jo vaig començar a dir «Ostres». Li vaig compartir a la meua parella «Potser, si d'aquí a un parell de mesos o tres no ens quedem, hauríem d'anar a algun lloc, perquè potser faria... igual fa falta que et mirin a tu o que em mirin a mi o algo, no?». (Montse)

3.4. Dificultats per quedar-se embarassada i intervenció dels serveis de salut

Malgrat que l'ús de totes aquestes tecnologies domèstiques ens permet afirmar que la línia que hi ha entre una pretesa reproducció «natural» i una reproducció assistida, concebuda com a «artificial», té poc sentit en aquests termes, pot arribar un moment, com expressava la Montse en la darrera cita, en què considerem que ens cal intervenció professional per a poder engendrar. Això significa sortir de l'espai domèstic i entrar de ple en un espai ginecoobstètric que té també el seu paper a l'hora de configurar la *personhood* de l'embrió. Molt sovint es tracta de clíniques privades on buscar un embaràs ja no només és feina sinó també consum, on els progenitors son clients i l'embrió és producte.

Nosaltres vam anar a la clínica, i llavors va ser: primer estaven els metges, llavors et diuen «No és res, no teniu res, millor que aneu allà, que jo lo que us recomano més per edat és un diagnòstic genètic preimplantacional. Què vol dir? Que us seleccionarem el millor òvul i el millor esperma per fer el millor embrió, vale? I prèviament, abans de posar-te'l, farem un diagnòstic a nivell genètic, que estigui bé. Posarem el que està millor genèticament. Vale?» I això ens va dir, «Perquè segurament el que us passa és que com que ja ets gran, de vegades van els [òvuls] més atrofiats». Total, anem a un despatx a part, i ja era com de La Caixa, o sigui ja no anaven... [...] ja no anaven amb bata blanca [...], llavors ja anaven amb *traje-chaqueta y te sacan su carta de precios con el embrión, el alquiler de embrión de hermanitos, el no sé qué, bla, bla, bla*: Dotze mil euros. I llavors ens vam quedar així i vam dir «Adeu». (Carla)

Veure-ho com una simple operació de consum, però, limitaria la comprensió d'una experiència més complexa de maternitat. D'entrada, perquè des del moment en què entrem

en un procés de reproducció assistida, hem de començar de nou tota la planificació. Ara, tot aquest procés que hem descrit més amunt de preparació per a la maternitat ja no és tan sols autovigilat com vèiem més amunt, sinó que els i les professionals poden posar condicions a l'intent d'un embaràs mitjançant tècniques de reproducció assistida, com ara no tenir certes infeccions (VIH, hepatitis...) o no sobrepassar un cert pes.

Inevitablement veig a l'historial de la Hakima que fa uns mesos pesava vint quilos més. Llegir historials no és part del meu treball de camp, tanmateix no puc no veure-ho, perquè el seu pes està destacat a l'historial amb una llarga i desagradable filera de signes d'exclamació i una nota en majúscula escrita per la doctora Espeso que diu que fins que la Hakima no s'aprimi, no li farà l'estimulació ovàrica que necessita per quedar-se embarassada.

Ara la Hakima s'ha aprimat. Es despulla de cintura en avall i es col·loca ella sola a la llitera, jo l'ajudo a posar les cames als estreps i la doctora Laura Espeso li diu que tiri el cul més avall. Quan la Laura ja ha preparat la màquina ecogràfica, apago el llum. A la pantalla distingeixo l'úter i l'endometri primer, ovari esquerre després, i finalment ovari dret. Ja no cal que la Laura m'ho expliqui perquè jo mateixa he estat en la situació de la Hakima unes quantes vegades i he après a llegir aquestes imatges. La Laura, però, em diu que em fixi en els fol·licles, que n'hi ha molts i son petits, que «aquest ovari no està treballant». Si per a mi, que estic dreta mirant la pantalla amb la bata blanca posada, fa servir una metàfora de productivitat, a la Hakima la interpel·la amb un tractament més afectuós cap als ovaris, però infantilitzador cap a ella: «Verdad, Hakima, que tus ovarios están un poco dormiditos?». Ella riu, fa que sí, i diu que els haurem d'ajudar a despertar-se. La Hakima em fa de mirall: em veig a mi mateixa estirada una i altra vegada a la llitera de la clínica, ara veient com els meus ovaris ja «s'han despertat», ara pensant que els fol·licles son «moníssims», ara sentint com un metge els anomena «patufets». I aquest tractament afectuós a gònades i gàmetes tan sols és el principi d'una escalada en l'atorgament de *personhood* a mesura que més fases del procés reproductiu

estan sota control mèdic¹³. Abans d'extreure'm els òvuls i provar de fecundar-los, el doctor m'explica —un cop més— que, un cop els òvuls fecundats hagin evolucionat entre tres i cinc dies, congelaran els que hagin sobreviscut, perquè abans de transferir-ne un m'han de treure de l'úter un pòlip que probablement s'ha format a causa de l'hormonació. «I tu em diràs: —fa ell, convertint en materna la meva preocupació econòmica i de salut— “I no els fareu mal?” No, tranquil·la, no farem cap mal als teus bebès».

L'expressió d'aquest doctor em recorda la meva amiga Xènia, mare d'un nen que va ser fecundat in vitro, que, quan m'explica que buscarà un segon fill, em diu que «no suporta pensar que té un fill al congelador». Jo mai no m'expressaré en aquests termes, però tenir un embrió congelat —el que finalment ha acabat sent el Joan, el meu segon fill— tampoc em deixa indiferent, sinó que de tant en tant hi penso i em pregunto com seria aquell nen o nena potencial, quina cara tindria, si s'assemblaria al seu germà gran en cas que decidís gestar-lo. De tant en tant penso que el fet que l'un, el meu Pere estimat, sigui ja un nen, i l'altre sigui tan sols un embrió congelat és fruit de la decisió d'un biòleg que va veure dos embrions de tres dies de gestació i va triar el que li va semblar «més maco». De tant en tant penso que potser l'altre embrió també es mereix una oportunitat. Vaja. Un embrió que es mereix una oportunitat: ja li he donat una mica més d'estatus de persona.

Però... un «embrió»? En el darrer paràgraf he fet servir aquest terme per apropar el lector o lectora al món simbòlic en què estan immerses les usuàries de tècniques de reproducció assistida, ja que aquesta és la paraula que s'utilitza tant en les clíniques com en molts textos tradicionals d'embriologia —on se sol considerar que l'etapa embrionària va des de la fecundació fins el dia 90 de gestació. Tanmateix, es tracta d'un terme problemàtic perquè sovint pot remetre a una imatge d'un ésser amb una certa forma animaloide (un cap amb un

¹³ En una estimulació hormonal (tractament que rebia la Hakima) es controla la generació d'òvuls, en una inseminació es controla la fase en què òvul(s) i espermatozous arriben a l'úter, en una fecundació in vitro es controlen la fecundació i els primers dies d'evolució dels zigots.

front gran i uns ulls enfonsats, sense gaire coll, potser amb extremitats incipients...), a una forma de vida amb més valor afectiu que la del cúmulo de divisions cel·lulars indiferenciades que és en realitat un òvul fecundat de 3-5 dies d'evolució. Per aquesta raó, des de fa un temps en certs àmbits ha començat a utilitzar-se la paraula «preembrió» per a éssers de menys de 14 dies d'evolució, moment en què ha començat la diferenciació cel·lular (dia 7), s'ha completat la implantació a la paret uterina i ja no hi ha possibilitat de gemel·lació. Un exemple d'aquest ús el trobem a la Llei 14/2006, de 26 de maig, sobre tècniques de reproducció humana assistida (2006), que preveu la donació d'aquests preembrions per a investigació científica.

Però tornem enrere. En la fase fol·licular del cicle de fecundació in vitro (FIV), diferents metges i metgesses van seguint els meus ovaris hormonats, i compten uns 15 fol·licles a la pantalla. Estic esperançada, i la doctora diu que anem bé. Dies més tard, quan m'ha passat l'efecte de la sedació, els metges diuen que finalment han pogut extreure 8 òvuls. No està malament. Unes hores després, el metge ens diu que n'han pogut fecundar 5. Bueno. Ara hem de deixar evolucionar aquests cinc «bebès» entre 3 i 5 dies i «vigilar-los de prop» abans de posar-los al congelador. «Aquesta vigilància la fan els biòlegs», diu el doctor, «que et trucaran cada dia per explicar-te com estan evolucionant», «Cada dia? Per què?», «Dona, deus voler saber...». Es queda sorprès quan li dic que no, que no vull saber què fan els embrions cada dia, i li dic que penso que aquesta pràctica pot generar ansietat a moltes dones. Ell em diu que normalment a les seves clientes els fa il·lusió anar sabent com evolucionen. Callo: unes setmanes abans, la Coral, a la sala d'espera de la psicòloga de l'ASSIR, m'havia dit que era un procés «molt bonic», quan et van explicant com estan els embrions i te n'ensenyen fotografies. Finalment quedo amb el doctor que els biòlegs em trucaran quan hi hagi informació definitiva, és a dir, o bé quan decideixin que és moment de congelar-los, o bé quan no quedi cap embrió.

El tercer dia em truca el biòleg i em diu que dels cinc embrions, n'han sobreviscut dos. Al seu despatx, ens ensenya un *time-lapse* de l'evolució dels cinc embrions durant aquests tres dies, ens ensenya com n'hi ha dos que fan unes divisions cel·lulars homogènies i simultànies, i tres que es divideixen més desordenadament fins que moren. El biòleg és caut i no personifica, i, tot i que estic il·lusionada, aquestes cúmuls de cèl·lules no m'arriben a provocar

tendresa. Al final de la visita, però, ens diu que ens donarà un *pen* amb les imatges de l'embrió escollit per a la transferència. Em xoca. Se suposa que les hauré de posar en un àlbum de fotos familiar? No vull ser descortesa, però demano que s'esperin que la prova d'embaràs surti positiva. Per a les dones que han de fer ús de tècniques de reproducció assistida, l'accés a la informació, a les imatges de l'«embrió» i al llenguatge personificador arriba molt abans que quan la concepció no és intervinguda, de manera que ja en aquest moment poden començar a establir un cert vincle amb els preembrions, fins i tot amb aquells que es troben fora del cos de la dona i que potser mai no hi entraran (Hamper i Perrotta, 2022). Així, en el dolor per un avortament en les primeres setmanes de gestació, pot ser que no només hi pesi la inversió de recursos temporals, econòmics i corporals, o la por de no arribar mai a ser mares, sinó també l'afecte per l'«embrió» que afegeix aquesta experiència.

En aquest capítol hem vist com el desig de fill, que no és natural sinó fruit d'un cúmul de circumstàncies, entre les quals s'hi pot comptar la pressió social i dels serveis de salut cap a les dones, no genera *per se* la subjectivitat materna que ens fa plorar una pèrdua, sinó que aquesta comença a aparèixer amb les interaccions i les operacions que les dones duem a terme quan comencem a cercar l'embaràs. Aquestes operacions son objecte de desigualtat, de manera que produeixen unes subjectivitats responsables de les tasques reproductives, sempre un pas per davant dels homes, la qual cosa s'exacerba quan la fecundació triga a arribar. La intervenció dels serveis de salut per a quedar embarassada no només fan la feina reproductiva quedi sota un control aliè, molt més exigent i que se n'agreugi la desigualtat, sinó que fan que, mitjançant imatges i denominacions dels «embrions» la producció de *personhood* comenci fins i tot abans d'obtenir una prova d'embaràs positiva.

Capítol 4. El seguiment

La llevadora em demana que m'estiri a la llitera. M'ha proposat que intentem sentir el batec de la criatura amb l'aparell d'efecte doppler, avisant-me, però, que a les 13 setmanes d'embaràs encara és aviat, que costarà trobar-lo, i que de vegades no se sent, sense que això signifiqui res de dolent. Li he dit que sí. Estic embarassada del meu segon fill o filla —encara no sé que serà un nen que es dirà Joan—, i la cura del primer, el Pere, de gairebé dos anys, m'absorbeix tant que no tinc la sensació d'estar embarassada. És aviat per notar-ne els moviments, i, tret de quan em ve de gust un prohibit entrepà de pernil o una copa de vi, no hi penso gaire. Només molt de tant en tant m'agafa aquell ensurt: «Deu seguir viu?», i m'agraden els espais de consulta de la llevadora i l'ecografia perquè són dels pocs en què em puc permetre dedicar-li un pensament. La llevadora busca, i de seguida troba un batec, però és el del cordó umbilical. El fetus és petit, té força espai per moure's, i la llevadora li troba el cor un moment i se li escapa de seguida. Finalment el bitxo s'està quiet i el podem sentir una estona seguida. Quan portem deu segons, però, jo ja en tinc prou. No és que em molesti sentir-lo més estona, però bé, ara ja sé que està viu i no necessito res més. Miro la llevadora. Vull fer-li algun gest amb el rostre, potser un somriure que li indiqui que ja estic satisfeta. Però trobo el seus ulls emocionats que busquen emoció en els meus. Tinc la sensació que ella voldria uns ulls meravellats de sentir que hi ha un ésser creixent dins meu, cames i braços que s'allarguen, vint dits que s'estiren, un sexe definint-se: la vida que se sent en un batec. La llevadora busca la mare que hi ha en mi, i jo responc buscant-la també, a veure si hi és, però ara per ara dins meu només hi trobo buidor.

Els espais de seguiment de l'embaràs són els espais on la subjectivitat materna i la *personhood* del fetus es produeixen de la manera més clara. Sembla de calaix: hi ha una dona embarassada que ha decidit tirar el seu embaràs endavant: ella serà una mare, l'ésser que està gestant serà un fill. O fins i tot ella és una mare i l'ésser que gesta és un fill.

Socialment, l'embaràs, des de la fecundació, s'entén com un progrés lineal que acaba necessàriament amb el naixement d'un nadó (DiCaglio, 2017). I fins i tot en l'espai ginecoobstètric, on se sap que això no sempre és així, s'actua com si ho fos en la comunicació

i el tracte amb la usuària, en els circuits assistencials, en l'agenda i contingut d'activitats comunitàries, i en les campanyes informatives i de sensibilització.

I és que es tracta d'un espai on l'embaràs, cada cop més, i en contraposició a la també existent concepció de l'embaràs com a malaltia (Cahill, 2000), s'entén en termes positius, de creació, s'entén com un espai on ens cuiden i on aprenem a cuidar (Risisky et al., 2013, Rubashkin et al., 2018), i es tracta també d'un espai d'accés al fetus a través d'imatges i de so, i per tant de formació del vincle (Boukydis et al., 2006, Sedgmen et al., 2006). La pèrdua gestacional, fins i tot la més primerenca i molt comuna, lluny d'estar present com una possibilitat real, de la que es parla obertament, només s'atén individualment en casos concrets i ineludibles.

D'altra banda, quan parlem de producció de subjectivitat materna també cal parlar del joc de presències i absències en aquest espai dels homes que hauran de ser pares, ja que tot i que cada vegada estan més inclosos en les visites i les activitats, les darreres tendències de criança «natural» no fan si no accentuar la diferència entre el seu rol i el de les dones.

4.1. «Viure» l'embaràs

L'embaràs no és l'espera d'un esdeveniment sinó un esdeveniment per si mateix. En la primera visita d'embaràs amb la llevadora, la Maica, una dona de 41 anys que ha passat per un procés de reproducció assistida, expressa profusament les ganes que té de «viure» l'embaràs. Jo anoto, subratllo, encerclo aquest «viure». ¿Què vol dir? ¿Hi ha dones embarassades que no visquin l'embaràs? La Maica es mostra alegre, ja ha llegit llibres, està informada (també de les majors probabilitats que el fetus tingui síndrome de Down degut a la seva edat), i ara té ganes de fer-se les analítiques de sang de rigor, es deleix per començar les classes de ioga per a embarassades, per fer natació, i fins i tot diu que li sap greu no tenir cap nàusea i trobar-se tan bé. Noto en el to de veu de l'Amanda, la llevadora, que se li ha contagiats l'entusiasme. A mi també. El seguiment de l'embaràs que fan les llevadores se m'apareix, doncs, no només com una intervenció de salut, sinó com l'acompanyament d'una experiència plena a vessar de petits esdeveniments, activitats, sensacions, emocions, aprenentatges. Una experiència d'un procés

que *per se* és «positiu» des del moment en què s'ha decidit que l'embaràs tirarà endavant, i que, si no hi ha contratemps, cal que les dones visquem amb alegria i bona predisposició.

De vegades, però, aquesta bona predisposició es fa difícil de mantenir:

Al principi de l'embaràs del Bruno sí que recordo... Només al principi, eh?... Sí que recordo cuidar molt l'alimentació [...]. En plan «Has de menjar sense sal perquè no et pugui la pressió, has de no sé què...», i al principi de l'embaràs del Bruno, com que sí que estava cuidant molt que no em tornés a passar el mateix [es refereix a avortaments anteriors], sí que recordo això: obsessionar-me a menjar sense sal, no sé què... Després ja... no. [...] ja vaig passar bastant, la veritat [...] fins i tot fumava una mica. Beure, no. Potser de tant en tant rotllo mitja copeta de vi sí que me la bevia, també. Això ara penso que no ho hauria d'haver fet, eh, però ho feia [riu]. També estava molt estressada amb lo de la tesi, és veritat, i sí, fumava un al dia, un cada dos dies, o així. (Berta)

Si l'Amanda detecta que no hi ha una bona actitud ho corregeix, ho reorienta, fins i tot ho confronta. Per exemple, hi ha el cas de la Sira, una dona jove amb una lleugera discapacitat intel·lectual embarassada de vint setmanes, que rebufo i diu que li «fa pal» fer-se les proves de glucèmia. L'Amanda es molesta visiblement i li respon amb tensió que no són obligatòries, que «tu sabràs què fas». La Sira acota el cap i cedeix abans de passar a la bàscula on l'Amanda li dirà que vigili amb el pes. O el cas de l'Amina, embarassada d'un tercer fill no buscat, que es troba malament, que a la consulta es mostra resignada, fins i tot fastiguejada, i que diu que vol la criatura però que hagués preferit esperar una mica, ja que els altres dos fills són molt petits; al contrari que el seu marit, a qui veig il·lusionat, exultant i que cita les bondats de tenir una gran família. L'Amanda, sense deixar de cuidar, escoltar i aconsellar l'Amina, emocionalment s'acaba posant del costat del marit, i quan la parella ja és a la porta sortint de la consulta, l'Amanda rebla amb un «Ep! I felicitats!», deixant clar des de la seva posició d'autoritat quin és el significat de l'embaràs.

La «mala actitud» o la manca de «col·laboració» de la dona davant l'embaràs és font de preocupació i irritació de les llevadores, fins el dia del part.

La Marina i l'Elena [llevadores] parlen sobre ella [una dona a punt de parir], perquè l'Elena hi ha anat i l'ha trobat molt «passota». Estava llegint una revista i

no li ha fet gaire cas, no «col·laborava». Diuen que troben «surrealista» que les parteres estiguin amb el mòbil o llegint, enlloc d'estar pendents del seu part. «“*Eh, oye, que es tu parto!*”, *te entran ganas de decirle*». La Marina comenta que una vegada una partera li va demanar si hi havia wi-fi perquè havia portat la tauleta per mirar Netflix. «Increïble, increïble». (Diari de camp, 4 de desembre del 2018)

A més, val a dir que, massa sovint, les dones que pateixen aquestes crítiques o aquest rebuig són dones que, com la Sira, que té una lleu discapacitat intel·lectual, tenen alguna característica font de discriminació social.

[A l'hospital] Aprenc que hi ha parteres que «no col·laboren», és a dir, que «es deixen fer sense posar de la seva part», que són «absolutament passives», que no fan força quan se'ls demana, que es queden al llit «tirades»... A les llevadores no els agraden gens. Avui n'hi ha hagut dues. Una al matí, l'ha atès el Marcelo [llevador], i no la tragava. El Marce ha comentat que estava diagnosticada d'esquizofrènia, i ho ha dit com si aquesta fos la raó per la qual la dona no col·laborava. La segona era una dona negra molt grassa, l'han atès entre unes quantes, i aquest cop la seva qualitat de grassa era la raó per la qual [deien que] la dona no col·laborava. Es forma un *corrillo* a la cuina i es fan comentaris sobre ella. Mentre l'Andrea [llevadora] intenta descriure l'actitud de la dona sense que li acabïn de sortir les paraules («Parecia... parecia») una llevadora resident, la Isabel, diu: «iParecia una rana!», i, pels gestos que acompanyen l'exclamació, m'adono que ho diu pels gripaus morts de les carretes, que estan immòbils i amb els braços i les cames obertes. L'exclamació de la Isabel no és ben rebuda per l'Andrea, que la mira malament —diria que la troba barroera i denigrant— i diu que ella no volia dir això. El que ella volia dir era que la dona no mostrava cap interès en el part, que no semblava emocionada i que ella va «haver-li de dir»: «iOye, que vas a tener un hijo!», com per espavilar-la, però la dona seguia amb la seva passivitat física i emocional. Diu, però, que quan li han posat el bebè a les mans ja se la veia més emocionada, i això a l'Andrea ja li ha semblat més normal i s'ha quedat més tranquil·la. (Diari de camp, 29 de juny de 2018)

«Viure» l'embaràs vol dir, al cap i a la fi, que la subjectivitat de la dona continuï transformant-se en la d'una mare. Una mare que ha de sentir-se feliç malgrat les molèsties perquè sent un amor incondicional cap a l'ésser que està gestant, una mare dedicada que llegeix sobre embaràs i alletament, una mare sacrificada que no es posa sal al menjar, que és mare abans que qualsevol altra cosa, i que, mentre se li exigeix col·laboració, també s'ha de situar com a objecte passiu de les intervencions de salut, en una posició de no-saber.

Un exemple que la subjectivitat materna s'imposa a la resta de subjectivitats ja en l'embaràs el trobem en el cas de la doctora Laia Vélez, ginecòloga de l'hospital d'Ossina, i per tant subjecte de coneixement expert sobre l'embaràs, que, quan es queda embarassada, tot sovint comenta amb les llevadores de la sala de parts tots els ets i uts del seu embaràs, i fins i tot rep consells no sol·licitats.

[La Laia] explica [a un grupet de llevadores] que no es troba malament, però que no menja a gust. Diu que el seu menjar preferit és la pizza, i que cada divendres, amb el seu marit, van a menjar una pizza, que mai no ha entès la gent que no s'acaba la pizza o que només en vol la meitat... i ara ella és d'aquestes. Diu que té ganes que s'acabi l'embaràs per poder-se menjar una pizza a gust. «És molt raro, és molt raro... A vosaltres també us passava?». (Diari de camp, 13 de novembre de 2018)

[Després d'una breu conversa amb la Sara [llevadora] sobre si se li nota o no la panxa], la Laia se'n va a esmorzar. Quan ja està marxant pel passadís, la Sara alça la veu per recomanar-li que deixi anar la panxa, que la relaxi. La Laia es mostra ignorant i receptiva: «Com? Així?» [...], «No, no! Al revés! Deixa anar! No apretis la panxa! Li has de donar espai!», «Ah, vale, vale! Així, oi?», «Exacte! Així!». (Diari de camp, 29 de novembre de 2018)

La doctora es presenta a si mateixa com algú que no sap o que s'estranya davant els canvis del propi cos, de manera que la seva subjectivitat professional queda provisionalment entre el parèntesi de la subjectivitat materna que la comença a inundar. La relació poder-saber (Foucault, 1976) és situada, inestable i provisional. En qualsevol moment un canvi en el cos de qui coneix, pot comportar l'anul·lació del poder que el saber li atorgava. I no és casualitat que això es produeixi en les dones, sempre sota l'amenaça de perdre el seu estatus i ser ràpidament subjectivades com a éssers que no saben. Si bé el poder no és una substància (Foucault, 1976), en tot cas es pot perdre fàcilment.

4.2. Accés al fetus

La subjectivitat materna té una condició: que hi hagi algú o alguna cosa que pugui ser anomenat «fill». Així, una mare és una dona que té o ha tingut un fill, és a dir, que ha establert un vincle d'adopció (Boltanski, 2004; Imaz, 2010) amb un embrió, fetus, bebè o criatura.

Durant l'embaràs, però, aquest és inaccessible als ulls i a l'oïda. En les societats occidentals i occidentalitzades, però, l'ecografia ha esdevingut una pràctica normal que ha substituït la percepció del moviment fetal com a primera presa de contacte amb el fetus (Mitchell, 2001). Així, és sobretot en l'espai ginecoobstètric on podem accedir al fetus, connectar-hi, mirar l'interior de l'úter a través de la pantalla, sentir un batec, i recollir unes expressions i uns comentaris, els de la ginecòloga mentre fa la seva feina, que, si el fetus està aparentment sa, són essencials per a aquesta connexió. El vincle que es genera a través d'aquestes formes d'accés al fetus també són la raó per la qual les fotografies fetals s'han utilitzat políticament des dels moviments contraris a l'avortament induït (Petechesky, 1987) i escoltar el batec de l'embrió és ara obligatori a l'Hongria ultraconservadora d'Orbán abans d'interrompre un embaràs (Rodríguez-Pina, 2022). També el vincle que imaginem que es produirà fa que sovint assistim a les ecografies com assistim a una primera cita, o com si es tractés d'una sessió fotogràfica en aquesta nostra societat de la imatge (Debray, 1992/1994; Gubern, 1987), amb l'alegria de conèixer una mica més el nostre fill o filla. És el lloc on confirmem que som mares, mares d'algú, d'un ésser bonic, únic i digne de ser fotografiat, i que el nostre sentir està justificat.

«Mira aquí que mona, faig una foto»; «És guapa, eh, mira quins morritos»; «Està molt amagada! Sembla que digui “Fotos no, siusplau!”»; «Mira, aquesta foto és molt maca, té les mans davant del nasset»; «Les manetes, els bracets, els ronyons, el sexe, la vulva... això sí que ens ho ensenya! (riu) La molestaré a veure si ens també ensenya la carona»; «Que mona... Saps què em passa? Que ja l'estimo intraúter, a la teva filla. Ja teniu nom?» (relació d'amistat entre usuària i metgessa); «Fa saltirons! Que mogut que és!»; «Està molt tranquil·let, de relax, en plan *Café con leche en la Plaza Mayor*». (Frases extretes de diferents entrades del diari de camp, corresponents a visites d'ecografia de dues metgesses diferents: 27 d'abril de 2019; 21 de juny de 2019).

L'Alba [llevadora] li ensenya a la Isabel [psicòloga] la foto impresa de la primera ecografia del seu embaràs: «Ai, que mono...! És que m'encanten les ecos de primer trimestre, perquè es veu el cosset sencer, així *acurrucat*». (Diari de camp, 18 de gener 2020)

Aquesta *performance* de les professionals, ens confirma que el nostre fetus és tan bell per a la metgessa com ho és per a nosaltres, i veiem com ràpidament és tractat amb l'afabilitat amb què es tracta un bebè, fins i tot durant l'ecografia de primer trimestre, moment en què normalment encara no es coneixen els riscos que el fetus pateixi els síndromes cromosòmics de Down, Edwards o Patau, que s'estableixen mitjançant el triple *screening* moments després de l'ecografia i que sovint portaran a una interrupció de l'embaràs.

Que els fetus siguin bonics és quelcom de relativament nou en la nostra societat, que, fins fa poc, en castellà, per a la lletjor, feia servir expressions com «*más feo que un aborto*» o la racista «*más feo que un feto malayo*». En les sessions d'ecografia que observo a l'ASSIR, comprovo en directe com la pròpia tecnologia ecogràfica té un paper en la producció de la bellesa dels fetus, ja que ens ofereix una imatge neta de sang, líquids, membranes, coàguls i viscositats.

Però no només és la bellesa del «bebè», el que sorgeix en aquestes visites, sinó allò que el farà únic i singular, la personalitat. La doctora Mercedes Ruiz passa la sonda per la panxa empastifada de gel, va anomenant les parts del cos del fetus en diminutiu: manetes, peuetes..., a excepció dels òrgans interns, que normalment anomena fent servir la paraula primitiva: pulmons, estómac..., i en va dient les mides, que l'auxiliar d'infermeria va apuntant. Quan arriba al cor, ens en mostra les quatre cambres i, tot i que a la pantalla ja apareix una gràfica del batec, apuja el volum perquè el puguem sentir, perquè ens puguem emocionar. Busca «la carona», però el fetus té les mans al davant i no es deixa veure. La mare diu que és tímid, perquè a l'anterior ecografia també tenia les mans a la cara. La metgessa i l'auxiliar semblen d'acord amb aquesta observació, fent comentaris com que no li agraden les fotos o com que no vol saludar, dotant-lo així de personalitat. Quan la dona embarassada ja ha marxat, però, la Merche ens diu que en realitat es tracta de la posició fetal normal, i que com a metgessa es preocuparia si veiés un fetus amb els braços cap avall, igual que en les ecografies de primer trimestre es preocuparia si el fetus no es mogué per l'úter, ja que té molt d'espai, però que el comentari que se sol fer és que es tracta d'un nen molt mogut.

En alguns casos, a més, el comportament del fetus durant l'ecografia es vincula a la pertinença a una família, o fins i tot a una raça, cosa que, d'acord amb Boltanski (2004), encara el fa més persona:

[A l'hospital]: el nen [de 3 o 4 anys] és un belluguet i fa enfadar les llevadores i l'auxiliar perquè es tira per terra i corre pel passadís. El renyen i li diuen que s'estigui quiet, i es queixen que elles no haurien de fer la feina dels seus pares. Alguna fa un comentari racista que vindria a dir que els negres son més moguts per naturalesa. La ginecòloga, quan torna de visitar la dona, diu que el fetus es movia moltíssim, i que «com es nota que [el nen i el fetus] son germans». (Diari de camp, 28 de juny de 2018)

L'ecografia de segon trimestre que estic observant es fa amb normalitat, fins que arriba el moment en què es veuen per primera vegada els genitals del fetus. La Merche diu que el fetus té testicles i penis, i ens pregunta a totes si ho veiem. Però ni la dona embarassada, ni l'auxiliar d'infermeria (que és nova a l'ASSIR) ni jo ho sabem veure. La Merche ens explica la imatge: s'ha de mirar com si veiéssim el bebè assegut en una cadira transparent i nosaltres miréssim des de sota. Hi ha dues taques grosses que són les natges i les cuixes, i al davant hi ha els testicles i el penis. Ara ho veig. La dona embarassada també, perquè riu emocionada. L'auxiliar s'aixeca de la cadira i diu que ella encara no ho veu, que ho torni a explicar siusplau, i s'acosta a la pantalla per veure-ho millor. La Merche hi torna, passen uns segons i l'auxiliar exclama: «Ai, clar! Això són els collonets! I la titola!», amb un to de veu fort i alegre. Les demés riem per sota el nas i ens mirem amb complicitat, pensant que aquesta nova auxiliar és una mica excèntrica i que aquestes exclamacions i aquest vocabulari no són normals en una professional de la salut, però la deixem fer, i ella continua dient-li a la usuària com la meravella això que de dues cosetes tan petites com un òvul i un espermatozou en pugui sortir una persona.

El moment de l'assignació del sexe/gènere és un moment especialment significatiu, que fins i tot les professionals viuen amb emoció, i performatiu (Austin 1970/1988; Butler 1990/2021), ja que per primera vegada es classifica el fetus en una categoria social i, per tant, genera expectatives d'execució d'un rol determinat i indicacions per a la seva socialització i per

a la interacció amb ell o ella. La Marina, llevadora a l'hospital, li ensenya les fotos de la festa d'aniversari del seu fill a la doctora Laia Vélez, que ara ja sap que està embarassada d'un fetus mascle, i la Laia comenta com de bé s'ho passarà amb aquestes coses, perquè li encanta fer manualitats. «L'única cosa dolenta de tenir un nen», afirma, «és que no podré fer-li cuetes ni pentinats». Escric això i em ve al cap el cabell llarg i amb serrell del meu Pere, a qui no li agrada pentinar-se amb la pinta, però que de tant en tant juga a posar-se els meus clips per tot el cap o em demana que li faci trenetes, el meu Pere que ara per ara no li fa fàstics al color rosa, i a qui els desconeguts tot sovint tracten de nena. Quan, embarassada de 12 setmanes del Pere, em van fer les proves d'ADN fetal davant d'un risc alt de síndrome de Down, hi havia la possibilitat tècnica de conèixer-ne també els cromosomes sexuals, però, tal com em van advertir, mirar-ho no entrava a la cartera de serveis públics. Em semblava raonable, i, preocupada com estava, el cert és que només volia saber com era el cromosoma 21. Però durant aquelles dues setmanes d'incertesa i angoixa, en els moments d'esperança secretament també pensava que m'agradaria saber si el 23 era XY o XX, és a dir, automàticament nen o nena, per poder imaginar quina mena de criatura seria si tot anava bé. Tenir una dada biosexual d'un fetus equival, en la nostra societat, a conèixer-ne el sexe; conèixer-ne el sexe, a conèixer-ne el gènere, i conèixer-ne el gènere és fer-lo més persona.

Portar bessonada dispara encara més la producció d'estatus de persona dels fetus i la subjectivitat de mare, ja que aquest tipus de gestació sol ser imprevista, no segueix la norma estadística i, més enllà de tractar-se d'un embaràs de risc, té implicacions pràctiques i logístiques ineludibles un cop nascudes les criatures, de manera que una comença de seguida a imaginar-se com un tipus de mare especial, amb una identitat diferenciada de la de les altres mares: mare de bessons. És més, una ja actua com a mare de bessons durant l'embaràs, per exemple quan en les ecografies fa comparacions entre germans. Aquest és el cas de la Coral, una dona a qui observo a la consulta de la psicòloga de l'ASSIR en el moment en què, un any després de perdre una bessonada, se sotmet a un nou cicle de fecundació in vitro:

Quan [la Coral] parla del Martí i l'Olívia, parla de les seves personalitats diferents, que, segons ella, ja es veien a l'ecografia, i les associa al gènere, però a la inversa

que la norma. Com que ella [la Coral] és més moguda que el seu marit i «de petita era un *terremoto*», fins i tot quan encara no hi havia genitals, ella «ja sabia» que el més mogut era una nena i el més tranquil·let era un nen. Una cosa que diu que li fa mal d'aquest nou embaràs és que aquest cop ja no li posaran dos embrions, sinó només un. Això li fa molta pena. Ella havia de ser «la mare dels bessons», i tenir-ne un de sol li sembla poca cosa. A mi això em fa pensar en la singularitat de cada embaràs, de com cada embaràs la transforma en una mare diferent. (Diari de camp, 29 de maig de 2019)

L'accés al fetus, doncs, té un paper molt important a l'hora de produir *personhood*, de generar vincles i també subjectivitat materna (Boukydis et al, 2006; Sedgmen et al., 2006,). Tant és així que des de fa uns anys han sorgit companyies privades que ofereixen sessions d'ecografia no mèdiques i no diagnòstiques, amb tecnologia millorada, i que tenen com a objectiu aquesta producció de vincle, amb els riscos que això comporta si ho veiem des de la perspectiva de la possibilitat de pèrdua de l'embaràs.

«Con las ecografías 5D conseguimos **una imagen mejorada y mucho más real**, mediante un software que prioriza los volúmenes anatómicos de tu bebé, potenciando sus rasgos, al tiempo que se reducen manchas y tejidos secundarios, para aumentar, en definitiva, la calidad y nitidez de las imágenes a tiempo real que podemos captar en tu barriguita. [...] El resultado: **ver a tu bebé casi casi como si ya lo tuvieras contigo**. Porque toda esta tecnología, al margen de su valor diagnóstico, está hecha para vosotros, futuros papás; para que podáis emocionaros, sentirle ya un poquito más cerca, vivir la sensibilidad infinita que supone este momento tan especial». (Text extret de la pàgina web de l'empresa Hello Mami - Ecografías 5D. La negreta és de l'original)

Només de tant en tant, apareix una espurna que ens fa intuir l'altra cara de la moneda: Tornant cap a casa d'una ecografia, el Sergi, la meva parella, em comenta que, només quan la metgessa ha comptat els dits de les mans del fetus, ha pres consciència que podria no tenir-ne cinc i s'ha adonat de què fèiem allà realment. La mateixa sensació de sorpresa vam tenir quan en l'ecografia de segon trimestre ens van dir que sospitaven que el Joan tenia un buf al cor.

No, per mi no era un moment xulo, un moment bonic... no. Era un moment de «Que passi ja, que em diguin que està bé i ja ho tindríem», saps? [...] Moltes vegades estàs allà, i estan una bona estona mirant la pantalla, mirant a veure si es

posa en una posició que el puguin veure bé, mirant els batecs i totes les mesures que mirin, i estan una bona estona callades, mirant, fins que et comencen a dir la primera cosa. I jo aquests moments els recordo de tensió absoluta, de dir, «va, digue'm algo!», saps? (Berta, 3 pèrdues gestacionals prèvies)

Bueno, en el moment [les ecografies] em generaven molts nervis, però quan ja veia que estava tot bé, ja tenia un marge d'un dia de tranquil·litat [riu] Un dia! Saps? (Carla, 4 pèrdues gestacionals prèvies)

I és que, fet i fet, l'ecografia és una prova de control fetal que té per objectiu controlar la vitalitat del fetus, detectar anomalies i malformacions anatòmiques de manera primerenca i recollir dades per al cribratge de trisomies, entre d'altres. Les dones que ja hem patit pèrdues i/o les hem vist molt de prop —com jo durant el treball de camp o les professionals mentre treballen—, les que en embarassos anteriors els han donat mals diagnòstics o pronòstics, o les que ens ha sortit un alt risc en algun cribratge, entrem a la sala d'ecografies amb una barreja d'il·lusió i inquietud.

[Després d'una atenció dura] Pregunto a la Míriam i a l'Elisenda, totes dues [ginecòlogues joves] sense fills, si no tenen por de quedar-se embarassades, veient tot el que veuen cada dia. L'Elisenda diu que creu que el dia que es quedi embarassada no estarà tan *happy* com ho estaria si no fos ginecòloga, i la Míriam diu que no s'ho creurà fins que no el tingui als braços. (Diari de camp, 2 de juliol de 2018)

4.3. Amor solitari i amor compartit

Hi ha altres pràctiques que, si bé no formen part del seguiment de l'embaràs que duen a terme les professionals sanitàries, no es poden desvincular de l'espai ginecoobstètric o fins i tot es poden veure com un espai ginecoobstètric extitucionalitzat (Serres, 1995; Tirado i Domènech, 2001). Penso sobretot en la lectura de llibres —de vegades recomanats des de consulta o des de grups de preparació al naixement— i la cerca d'informació a Internet sobre l'embaràs i el part o sobre alletament i criança, que també juguen un paper molt important a l'hora de projectar-nos com a mares.

Mo: [...] vaig llegir coses més de... *Bésame mucho*, que és maquíssim, i... i *Un regalo para toda la vida*.

Ma: Aquest és el de lactància, no?

Mo: Sí, de fet, bueno, quan llegia *Bésame mucho* em posava a plorar i tot. No sé si... Bueno, encara ara, eh, si el llegeixo... Perquè m'encantava. Era un llibre que el veia tan preciós, tan maco, i enfocava la criança d'un fill d'una manera tan... tan... maca, tan bonica, que se m'omplia el cor de... no sé, era com que *se me ensanchaba el corazón de... de amor*. (Montse)

De vegades me n'anava a internet i hi ha una pàgina que es diu *Tu bebé semana a semana*, no? Llavors deia: «*La semana 13 ya tiene esto, lo otro y ya pesa tanto y mide tanto*». Llavors sí que me n'anava cada setmana [...] i mirava «Ai, mira, una setmana més. Ai, mira, pues resulta que ara ja té el ronyó, o ara pesa com una mandarina [...]». (Montse)

El llenguatge que s'utilitza en aquests textos divulgatius sol ser un llenguatge cursi, la qual cosa no és ni innocent ni innòcua, sinó que converteix embrions en subjectes d'afecte i fins i tot d'adoració, i a nosaltres en unes mares «amb el cor ple d'amor» potser massa aviat i, per descomptat, de manera massa desigual respecte les nostres parelles home (que no solen fer les lectures), la nostra família i amics i altres espais de la societat. Durant l'embaràs, sobretot els primers mesos, les dones estem soles amb el nostre amor.

Davant d'aquesta soledat inicial, que també contribueix a la formació d'una subjectivitat materna determinada, cal preguntar-se on són els homes que esperen ser pares dins d'aquest espai ginecoobstètric. A l'ASSIR d'Ossina els homes són invisibles, ja sigui perquè no venen a les visites, ja sigui perquè venen com a mers acompanyants a qui les llevadores i metgesses només dediquen una salutació de benvinguda i una de comiat, i els ignoren durant la resta de la visita. Fins i tot, quan hi son, podria dir-se que molesten, per exemple quan en la primera visita la llevadora vol explorar l'estat emocional de la dona o per passar el test per detectar casos de violència masclista. En aquests casos, les llevadores solen esperar a fer aquestes exploracions a la segona visita en cas que l'home ja no vingui, i si no és així, se'l convida a sortir un moment o, fins i tot, m'explica l'Amanda, se li demanen encàrrecs innecessaris, com anar a buscar alguna cosa al mostrador o a un altre pis del centre.

Sovint, passejant pel barri, pel mercat, ens trobem amb l'Aina, la llevadora que havia fet el seguiment de l'embaràs del Pere, i sempre xerrem una estona. Avui som al mercat, jo soc al peix amb el Joan, i el Sergi amb el Pere a la verdura, on coincideix amb l'Aina i se saluden parcament. Una estona més tard, quan pugem ja tots quatre cap a casa a deixar la compra, ens la tornem a creuar, i li diu al Sergi: «Ah! Ara sí! Ara sé qui ets, perquè la conec a ella [a mi]! Perdona, eh? Però és que sempre em quedo més amb elles!». El Sergi havia vingut a totes les visites de seguiment de l'embaràs del Pere.

L'excepció poc excepcional a aquesta invisibilitat, la trobem quan la dona embarassada no parla català ni castellà, ja sigui perquè normalment no viu aquí, o perquè, havent migrat, només ha teixit relacions amb altres persones del seu mateix origen. Aleshores l'home, que sí que el parla perquè viu aquí i treballa fora de casa, pren la responsabilitat d'entendre's amb la professional, que la dona acudeixi a les visites i proves programades i que es cuidi tal com se li recomana. En aquests casos la invisibilitat és la de la dona, que perd el control del seu cos i es converteix en objecte passiu d'intervenció. Massa vegades, a més, això va acompanyat d'una sequedat del professional en el tracte amb la parella, una sequedat que, quan l'exploro en la conversa privada amb els professionals, se m'apareix com a actitud racista. En els següents exemples de conversa amb professionals hospitalaris que fan el seguiment de les últimes setmanes abans del part, trobem el rastre d'aquesta actitud que encara cosifica més la dona en les expressions sarcàstiques, en el fet que el es doni per fet que el marit «l'ha portada cap aquí» i no que ella ha tingut alguna cosa a veure amb la decisió de parir allà on creu que és més segur, o en jutjar una possible conducta masculista de l'home potser de manera injusta o com, crec, no s'hauria fet amb un home occidental.

Després venen una parella de gambians. Quan encara estan a la sala d'espera i el dr. Francesc Taulé està mirant l'historial, em diu que la dona no sap la data de l'última regla. «*Pa qué*», fa el Taulé amb sarcasme. M'explica que a partir del que han vist a les ecografies, han hagut de fer una estimació de l'edat de gestació, però partint de la base que la criatura s'ha desenvolupat a un ritme normal fins ara. Ella no parla gens de català ni castellà, ni tampoc els entén. Ell sí, i va fent d'interpret. Quan [el Taulé] li tasta la panxa, li pregunta [a l'home] si [la dona] fa el Ramadà [la visita coincideix amb el període en que es fa aquesta pràctica], i l'home respon

que no, que ella no en fa, «*porque si no, el niño no come y tiene que crecer*». El Taulé assenteix. Quan marxen, el Taulé em diu que aquesta dona «ha vingut només per parir». Aquesta desinformació sobre la data de l'última regla, el fet que no entengui res i en canvi ell sí, li fa suposar que ell treballa aquí i té la família a Gàmbia, i ara que ha de parir, «l'ha portada cap aquí». (Diari de camp, 21 de maig de 2019)

Després [...] passa la Farad amb el seu marit¹⁴. [...] A l'historial diu que ha tingut tres embarassos i que té quatre fills. La dra. Gina Pujol li pregunta si té bessons. I el marit respon que sí, i que tots els altres han nascut al Pakistan. Ella no parla gens de castellà ni català, només fa 4 mesos que viu aquí, mentre que l'home ja hi porta anys. L'home, tot somriure, va responent a totes les preguntes de la Gina, i només tradueix i pregunta a la dona si té algun dubte sobre el que ha de respondre. [...]

Ara toca mesurar-li la panxa i escoltar els batecs. La Farad somriu. Al seu home li ha sonat el mòbil i no s'aixeca, es queda parlant a la zona de la taula. La Gina em mira posant els ulls en blanc i em diu «I ell, allà». Quan tornem, l'home penja el telèfon i ens demana disculpes assenyalant el telèfon. «*Business!*», li diu la Gina amb un gest de «què hi farem» amb les mans. «*Business, business!*», diu ell assentint i somrient. (Diari de camp, 01 de març de 2019)

Malgrat que les absències masculines puguin estar més o menys justificades, és clar que tenen un efecte en la formació de subjectivitats parentals, on l'home acompanya, és poc necessari o destorba, i la dona és alhora objecte de cura i subjecte que cura.

Quan el temps avança, la panxa creix i la data prevista de part s'apropa —i alhora disminueixen les probabilitats de perdre l'embaràs—, la soledat de les dones s'esvaeix o es mitiga. En aquest moment, moltes dones participem en grups de preparació al naixement¹⁵, un espai que, en l'àmbit de la sanitat pública a Catalunya, s'ofereix als ASSIR i que està conduït per una o dues llevadores. Es tracta d'un espai que ens posa en contacte amb altres dones embarassades del primer fill i, la major part de vegades, les seves parelles. En aquests moments les nostres panxes d'embarassada ja són visibles, i ja no és només que

¹⁴ Un altre exemple d'invisibilització dels homes que es repeteix al llarg de tot el meu diari de camp: les dones tenen nom propi, els homes son «el marit», «la parella»...

¹⁵ Només en l'àmbit de la sanitat pública a Catalunya hi havia, el curs 2016-2017, 451 llevadores treballant en cursos d'educació maternal o preparació al naixement en 38 ASSIR distribuïts per tot el territori (Martínez Bueno, 2018)

s'estigui produint una subjectivitat materna, sinó que ara també podem parlar de la formació d'una identitat. Som mares a la vista de tothom i ens reconeixem entre nosaltres, ens preguntem pels embarassos de cadascuna, per les molèsties, pel sexe de la nostra criatura, pel nom, per les pors i els desitjos relacionats amb el part; ens preparem juntes per l'arribada del nadó; ens informem, ens sensibilitzem o ens involucrem en les lluites que ens afecten a totes —com ara la lluita contra la violència obstètrica—; ens expliquem i ens emocionem amb històries d'embarassos i parts; ens sentim orgulloses de ser dones embarassades. Ara som mares per dins i per fora, i, per si hi ha alguna mena de dubte, alguna panxa encara ambigua, n'hi ha que opten per autoidentificar-se:



Imatge 3. Participant d'un grup de preparació al naixement amb un pin de «Bebè a bord» que reparteix el metro de Londres per recordar que cal cedir el seient a les persones embarassades.

En aquest moment, el paper dels homes comença a ser més actiu, i en els grups de preparació al naixement solen participar tant com les dones, i fins i tot hi ha grups exclusius d'homes amb l'objectiu de construir noves paternitats més presents i implicades en la criança. En aquests grups els homes parlen de les seves infàncies, dels models de pare que han tingut i comparteixen les seves emocions¹⁶, un espai de fraternitat que paradoxalment les

¹⁶ Els grups de pares estan repartits per tot el territori català, i solen estar lligats als Centres d'Atenció Primària o les ASSIR. Per exemple, a Barcelona hi ha 15 grups estables des del 2009 i fins l'actualitat (<https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/ca/banc-de-bones-practiques/grup-de-pares-de-preparacio-al-naixement-del-projecte-canviem-ho>). I en trobem també a comarques, per exemple a Osona (<https://icscatalunyacentral.cat/lasir-osona-impulsa-el-primer-grup-de->

dones no tenen i que algunes reclamen, com és el cas d'una participant al meu grup de preparació al naixement, que argumenta amb raó que, a ella, només pel fet de ser una dona, tot aquest treball psicològic no li ve donat.

D'altra banda cal apuntar que els cursos de preparació al naixement cada cop més es promocionen pràctiques de criança «natural», com és ara l'alletament matern exclusiu o el pell amb pell (Brimdyr, et al. 2023) preferentment amb la mare, malgrat l'evidència creixent dels beneficis d'aquesta pràctica amb els pares (Ayala et al., 2021; Chen, et al., 2017; Erlandsson, et al., 2007; Kuo et al., 2022; Shorey i Ang, 2019), la qual cosa suposa, un cop més, la construcció d'una parentalitat desigual i, per tant, d'una subjectivitat materna que, al costat de la paterna que acompanya, se sent imprescindible i màximament responsable. De fet, aquestes tries són tries morals, i tenir la intenció d'alletar un infant amb llet de fórmula, la qual cosa permet compartir la tasca amb la parella, és considerat una desviació (Murphy, 1999).

4.4. Cossos embarassats, factors de risc i discriminacions

Durant el seguiment de l'embaràs, determinats cossos embarassats seran classificats com a embarassos de risc si compleixen alguns dels factors de risc tipificats, com l'edat avançada, el sobrepès o la obesitat, haver quedat embarassada amb tècniques de reproducció assistida, portar un embaràs gemel·lar, haver tingut un part prematur anteriorment... De fet, els criteris per considerar un embaràs com un embaràs de risc no són estables, sinó que van canviant, i no canvien només a causa de noves troballes científiques o consideracions estrictament clíniques, sinó també degut a canvis socials, com el fet que actualment les dones ens quedem embarassades més tard.

L'Amanda m'ensenya com omple un formulari per determinar si l'embaràs és de risc o no. El fet d'haver tingut avortaments previs i de venir tan tard a fer-se el control, fa que surti que sí que és un embaràs de risc. També m'explica que abans,

preparacio-de-la-paternitat-nomes-per-a-homes-de-la-catalunya-central/) o Terrassa
(<https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/351260/Fern%C3%A1ndez%20Cuadrado%2C%20A.%20Projecte%20de%20paternitats%20responsables%2C%20actives%20i%20conscients.pdf>)

si la dona tenia més de 35 anys [com la que estem atenent], també puntuava per a l'embaràs de risc, però que com que ara tothom els té tan tard, han apujat l'edat perquè si no els sortien massa embarassos de risc. (Diari de camp, 19 de setembre de 2019)

La vigilància, doncs, es fa també segons uns criteris no científics sinó de gestió i recursos disponibles. No es pot excloure que això pugui comportar també que cada cop hi hagi més pèrdues d'embaràs en embarassos que ara s'han considerat clínicament normals o sense risc i que abans haguessin estat de risc.

A més, alguns d'aquests factors de risc per a l'embaràs coincideixen amb factors de risc de discriminació. Massa sovint he trobat que per a les professionals de la ginecologia i l'obstetrícia allò que representa un factor de risc o una dificultat en l'embaràs no és només un motiu de preocupació o d'intervenció, sinó directament motiu de burla o de rebuig, o, dit d'una altra manera, que determinades fòbies compartides amb bona part de la societat s'amaguen, amb més o menys fortuna, darrera les preocupacions clíniques sensates. Val a dir que he trobat aquesta actitud més present en les ginecòlogues que en les llevadores. D'altra banda, cal notar que encara que les expressions de rebuig no es facin davant de la persona atesa, la fòbia hi és, i per tant pot emergir fàcilment en forma de tensió velada, en moments d'estrès o en professionals amb menys tacte.

D'entre aquestes fonts de discriminació, la més evident té a veure amb el pes de la dona.

[A l'ASSIR] Llegim l'informe de la propera visita. Es per a una ecografia de primer trimestre d'una noia de 37 anys que ja té un fill i que ha passat ja per un IVE, un avortament espontani i una cesària. En l'anterior embaràs tenia diabetis gestacional, així que aquest cop li han mirat més aviat per si es tornava a repetir el problema, però de moment la noia té els nivells correctes. La Merche [metgessa] diu «Ui, una gordita!», mirant l'IMC [índex de massa corporal], i l'auxiliar diu que sí, que l'ha vist abans a la sala d'espera i «està molt rellenita» (Diari de camp, 27 d'abril de 2019).

[A consultes externes de l'hospital, quan surt la dona que acabem d'atendre] la infermera diu que la dra. Laura Espeso està molt obsessionada amb això del pes, que els té «mania a les gordes», i que el dr. Taulé fa el mateix. L'Espeso: «Home!

És que és molt important! Si voleu, un dia, el Taulé i jo us fem una conferència i us expliquem els efectes del sobrepès i la obesitat en la fertilitat, l'embaràs i el desenvolupament del fetus. Flipareu!». Jo penso que potser sí, però també detecto grassofòbia en l'expressió, els gestos, el to de veu i els comentaris de *backstage* de la Laura. (Diari de camp, 15 de novembre de 2018).

La grassofòbia pot interseccionar amb el racisme:

[A consultes externes de l'hospital] Sona el telèfon, la dra. Gina Pujol l'agafa i entenc que parla amb algú de sala de parts. Parlen d'una «*cacho negra*», la Gina repeteix l'expressió força vegades, i altres com «*te dobla la talla*», «*es una negra más grande que tú y yo juntas*». (Diari de camp, 1 de març de 2019)

La pressió pel pes no s'atura quan qui està embarassada és una ginecòloga de l'equip:

Arriba la dra. Laia Vélez [a la sala de parts], que avui tenia visita d'embaràs, brandant el llibre d'embaràs, visiblement contenta. El dr. Acerete, que està assegut en un dels ordinadors, fa:

— Què, què! Pes, pes!

— 72,6!

— Molt bé, nena!

La Laia està contenta perquè no s'ha engreixat gaire, només dos quilos i mig. Explica que s'ha posat mitges enlloc de pantalons per pesar menys. La Marina [llevadora] li diu que això no és bo, que a aquestes alçades de l'embaràs ja s'hauria d'haver engreixat quatre quilos. La Laia diu que no, que ella menja i no està fent cap restricció, i que aquest pes està molt bé. Diu que del que té por és del postpart [referint-se al pes]. (Diari de camp, 20 de desembre de 2018).

A més, la mirada sobre el pes sovint no té en compte el context de la dona, sinó que es veu com una qüestió de voluntat o individualment controlable:

El meu metge [...] al Pepus [parella] no li queia gens bé. Perquè aquest és dels que diu lo del pes, de «Hauries de pesar tant, i baixar tant, perquè l'índex de massa corporal...» i el Pepus s'indignava, en plan «Però és que no es fixa que tens un trastorn alimentari! No et pot anar amb el rotllo del pes! Si ja està veient que estàs fent esforços, que no et fustigui!» (Carla)

Tot i que en menor grau, també passa això amb un altre factor de risc com és l'edat. De tant en tant, a la sala de parts sento exclamacions i arrufades de nas referides a les dones que

estan de part: «Uf, una *primi*¹⁷ de 42 anys!». Segons les professionals, aquestes dones tenen parts més difícils, amb més complicacions, però per la seva actitud diria que no només els preocupa sinó que els disgusta. També hem vist en el capítol anterior que la dra. Espeso, en una visita ginecològica per problemes hormonals, apressava una dona a la trentena perquè es quedés embarassada. Un altre dia, en una conversa de passadís a l'hospital, m'explica (tot fent el gest de burxar amb el dit) com ha pressionat la seva filla des de ben petita perquè es quedi embarassada aviat, dient-li coses com aquesta durant l'hora de sopar: «Avui n'ha vingut una de 30 anys i ja no li quedava ni un òvul!». Segons la doctora, la gent no sap què fa, esperant tant a tenir els fills. Jo em sento tractada de beneïta. Tinc 37 anys, no tinc fills, vull tenir-ne, tinc problemes per quedar-me embarassada i ella és la professional que porta el meu procés de reproducció assistida. Aprofito per explicar-li la meua història, una història que no és purament clínica i que no coneix. Li dic que jo sempre havia dit que volia ser una mare (relativament) jove. La meua mare ho havia estat als 28 i em semblava una bona edat. El temps se'm va tirar al damunt. Als 28 no tenia parella estable, sinó rotllos passatgers, no guanyava diners, vivia en un pis compartit... No era el moment. Quan vaig tenir parella estable, als 30, el que se'ns va tirar al damunt va ser la depressió, econòmica i anímica. Quan, als 34, per fi ho vam veure clar malgrat la precarietat de la nostra situació financera, va venir la història que ja coneix: l'embaràs ectòpic, el metotrexat amb la seva contraindicació per tornar a quedar embarassada fins al cap de 6 mesos, un any més intentant-ho, les llargues proves hormonals... i fins ara. No sé si va arribar a quedar clar el que volia dir: que l'edat en què quedem embarassades, o el pes corporal, afegiria ara, no depèn exclusivament de les dones, sinó també del seu context. Responsabilitzar-les o culpabilitzar-les dels factors de risc que les classifiquen, a més de discriminatori, també contribueix a produir males mares i a mantenir aquestes subjectivitats maternes tan subjectes (valgui la redundància) a la responsabilitat en exclusiva i a la culpa.

¹⁷ De «primípara», que pareix per primera vegada.

4.5. ¿On és la pèrdua d'embaràs?

Durant el treball de camp a l'ASSIR com a investigadora, i durant els meus dos embarassos amb final feliç, busco la pèrdua de l'embaràs. La busco en el seguiment d'un embaràs clínicament normal: a la boca de les professionals, en els dubtes i les pors de les dones embarassades, de les parelles; en les activitats que prepara l'ASSIR per a les embarassades, o en els tríptics que elabora el Departament de Salut per a diferents campanyes. Em costa trobar-la.



Imatge 4. Panell expositor de tríptics de l'ASSIR d'Ossina. Cap d'ells fa referència a la pèrdua d'embaràs.

El primer cop que em va xocar aquesta absència, però, no l'estava buscant. En el meu primer embaràs, quan encara no sabia que estava embarassada amb una implantació ectòpica, el dia següent d'haver vist el resultat positiu al test, setmana 4, nerviosa en el bon sentit, i amb ganes de cuidar l'ésser que portava dins, vaig anar a l'ASSIR del meu barri a demanar hora amb la llevadora. Quan vaig arribar al taulell de recepció vaig dir: «Vinc perquè estic embarassada». Aleshores, després d'assegurar-se que el volia tenir, l'administrativa em va demanar la data de l'última regla, va somriure, i em va dir que era massa aviat, que el seguiment de l'embaràs començava a la setmana 8, i em va donar cita per al cap d'un mes. ¿Com podia esperar tant? ¿Què podia fer, ara? Vaig començar a llegir. Vaig evitar llegir sobre

riscos possibles i incontrolables, només volia saber què no podia menjar, com era millor alimentar-me, i si hi havia activitats perilloses o beneficioses. A la setmana 6 vaig perdre l'embaràs. El sentiment no era només de tristesa per la pèrdua, sinó també de desconcert. Senzillament, la pèrdua no entrava dins els meus càlculs. Només havia d'esperar i cuidar-me. Fer plans de futur. La propera fita era la visita amb la llevadora al cap de dues setmanes, punt. ¿Què coi era aquesta pèrdua? ¿A què venia? Un cop em van donar d'alta de l'hospital d'Ossina, on vaig estar ingressada una setmana, vaig trucar a l'ASSIR del meu barri. Vaig dir a la persona del telèfon que l'havia perdut, i ella em va dir que li sabia greu i va anul·lar la cita. Que, per protocol, el seguiment comenci a les vuit setmanes estalvia al sistema un bon nombre de visites a aquest aproximat 25% de dones que tindran una pèrdua involuntària primerenca⁵, però deixa aquestes dones sense un avís de precaució necessari i sense un acompanyament d'atenció primària.

A l'ASSIR d'Ossina, només en una ocasió veig com una llevadora, en una visita de final d'embaràs, explica a la dona la importància de notar el moviment fetal, que ara és menor perquè el fetus està més estret, però que ha de continuar sentint-lo. «El moviment és vida», li diu, i seguidament li explica què ha de fer si no el nota. Això és tot. Després, la llevadora em diu que sempre hi insisteix, perquè de vegades, si s'actua ràpidament, encara s'està a temps de salvar un nadó. En els meus embarassos, seguits entre l'ASSIR de la meva zona i l'hospital, també m'han informat de què cal fer quan no notem moviment, però les professionals gairebé no van pronunciar ni una paraula en veu alta sobre el tema, sinó que a l'hospital, després de l'ecografia de segon trimestre, em van donar un full informatiu que vaig haver de llegir a casa.

No tan sols trobo l'esment de la possibilitat de la pèrdua en poques ocasions, sinó que alguna vegada també he trobat la seva negació. Aquest és el cas d'una visita amb una llevadora, que li va dir a una dona embarassada de 15 setmanes que escoltarien el batec del cor del fetus amb l'aparell d'efecte doppler. La llevadora va avisar que a les 15 setmanes costa de trobar perquè el fetus és petit i es mou molt, «però tranquil·la, que tu surts d'aquí havent-lo sentit».

També intento activament que la pèrdua aparegui: al grup de preparació al naixement en el qual participo com a dona embarassada, la llevadora que dinamitza l'activitat ens demana

que escrivim en un paperet anònim alguna cosa relacionada amb l'embaràs, el part o el puerperi que ens faci por. Jo escric que em fa por que es mori el meu fill, i mentre ho escric penso que no soc gaire original: ¿no és cert que es diu que aquesta és la gran por de qualsevol pare o mare?, ¿el pitjor que pot passar? La llevadora reparteix els paperets entre les i els participants i cadascú llegeix el que li ha tocat per atzar i la llevadora el comenta: cesàries, induccions, violència obstètrica, sentir-se poc respectada per les professionals, episiotomies, dolor de les contraccions, no poder alletar... les pors de les dones es van repetint, i no són pas minúcies. Per part dels homes, podríem resumir-ho en no una por: no saber fer prou bé el seu paper. El meu paperet és l'únic que esmenta la mort. La participant que l'ha de llegir no entén la meua lletra, ¿o potser no ho pot llegir perquè el que hi diu no entra dins el seu imaginari? Finalment ho desxifra la llevadora. Es fa un silenci. La llevadora comenta que és una por molt profunda i que passa poques vegades, però que passa. Es fa un altre silenci. Continuem amb el següent paperet.

El tema no tornarà a sortir. És més, en la mateixa sessió, la següent activitat és una dinàmica en què, a partir de l'exposició de possibles casos (de sagnat, trencament de bossa, etc.), hem d'encertar, aixecant targetes verdes, grogues o vermelles, si a) no passa res, b) ens ho hem de fer mirar «amb calma» o c) cal anar a urgències ràpidament. L'activitat suscita moltes preguntes, però fins i tot en els casos en què «caldria anar a l'hospital de seguida», la mort sempre queda velada, mai és explícita.

[...] iba todo bien, yo me sentía súper bien, fuimos a la primera visita y allí cayó el jarrón de agua fría, ¿no?, que era, que fue, una *grossesse non évolutive*, ¿no?, un embarazo no evolutivo. Que además no me gustó nada el eufemismo, porque era como... ¿Por qué no me lo dices directamente, que voy a tener un aborto? (Alba)

No, en cap moment de les meves observacions d'embarassos sense un risc aparent, la possibilitat de la mort del fetus es tracta amb normalitat. Com veurem més endavant, l'esment de la mort només apareix quan hi ha un gran risc o quan és ineludible, i, fins i tot en aquestes circumstàncies sembla que de vegades és difícil de pronunciar.

Capítol 5. Les incerteses

Tot i els esforços per no anomenar-les durant el seguiment normal de l'embaràs, la mort o la malaltia del fetus són un fantasma sempre present durant l'embaràs. Els moments de tensió com l'avaluació de la possibilitat que el fetus tingui malalties congènites o de tenir un embaràs de risc, l'angoixa de no notar el moviment fetal o de tenir alguna hemorràgia, etc., formen part de l'embaràs normal a dia d'avui, i són moments on la producció de subjectivitat materna i del subjecte fill pot quedar aturada, com en un parèntesi, o pot avançar per camins diferents dels que he mostrat fins ara. En aquest capítol, mitjançant escenes i relats d'aquests moments de tensió, reflexionaré sobre com la producció de subjectivitat de mare i d'estatus de fill no segueixen un camí recte o evident (DiCaglio, 2017).

5.1. Pors, ensurts, sang, riscos i empatia

Moltes dones viuen l'embaràs amb sentiment d'incertesa o amb por (Bayrampour et al. 2016). Els fetus són gats dins la capsa schrödingeriana; no sabem si són vius o morts (o si tenen alguna anomalia) fins que no l'obrim, és a dir, fins que no en notem el moviment, ens fan una ecografia, n'escoltem el batec, parim. La simple virtualitat de la condició vital i de salut del fetus pot fer-nos patir, i aquesta virtualitat, per més que puguem accedir al fetus per mitjà de tecnologies, és la norma durant la major part de dies, hores i minuts que dura un embaràs.

C: Quan veia que tot estava bé, tenia un marge d'un dia de tranquil·litat. [riu] Un dia! Saps? Però sempre pensava que estava mort. O sigui, sempre pensava que ja l'hauria perdut. El Pepus era com «A veure, Carla, vols tranquil·litzar-te, que tot està anant bé sempre?». Jo, a totes les ecos pensava «Ara. Ara em diran que...».
(Carla)

Al mercat, existeix la possibilitat per a qui ho pugui pagar d'adquirir un d'aquests aparells d'efecte doppler i escoltar el batec del cor i tranquil·litzar-se immediatament, sobretot quan el fetus encara és petit i no en percebem el moviment. De tota manera podria no ser gens recomanable (Edvardsson et al., 2015; O'Leary, 2005) perquè és un generador d'ansietat innecessària: com que no podem estar sentint el batec indefinidament, o ens pot costar de

trobar, sempre hi haurà moments en què patirem, i, a més, si el fetus és petit i notem que alguna cosa no va bé, no serà possible actuar per salvar la seva vida. Aquesta tensió entre tranquil·litzar-nos i generar més ansietat la mostra molt bé una discussió entre dues llevadores i una ginecòloga de l'hospital:

Vaig cap a la cuina a tastar el pastís, i allà hi ha la Gina Pujol, la Marina, i l'Elena. Parlen de la dona que està embarassada de 19 setmanes i ingressada per una artritis sèptica. Com que no li poden donar l'antibiòtic que necessitaria sense fer mal al fetus, li'n donen un de més suau, que no la curarà però que si tot va bé mantindrà la infecció a ratlla fins que neixi la criatura. La causa de l'ingrés no té a veure amb l'embaràs, però el fet que estigui embarassada fa que estigui ingressada a la planta de maternitat. A la cuina, les professionals discuteixen sobre si és adequat o no que la llevadora que passa planta passi a buscar el batec del fetus cada dia, quan encara no es tracta d'un fetus viable. La Gina opina que sí, que «A nosaltres no ens costa res, i ella encara no se'l nota, així que sentir el batec deu ser l'alegria del dia, amb la merda d'embaràs que deu estar passant estant ingressada». La Marina opina com la Gina. L'Elena no ho veu gens clar. Diu que no està indicat, i que fer més controls del necessari també implica fer més intervencions de les necessàries:

E: ¿Qué haces si oyes una bradicardia?

M: Nada, a esta edad gestacional no se puede hacer nada.

E: Sí, pero si la oyes tendrás que actuar, ¿no? Escribir un informe, hacerle una ecografía... aunque en realidad no puedas hacer nada.

M: Ya, pero el resultado al final es el mismo.

E: Sí, pero la angustia materna, no.

(Diari de camp, 4 de desembre de 2018)

La Berta explica que en el segon embaràs a terme va patir molt més que durant el primer degut a la informació que ja tenia, i finalment vincula aquest patiment a la formació de la subjectivitat materna:

B: En el primer tot és nou i vas fent les coses sobre la marxa, a no ser que estiguis ja súper informada de què serà cada pas, medicament i tal, vull dir. El segon, que ja saps tot això de l'*screening*, les proves, les ecos i tal, i també saps totes les coses xungues que poden passar durant un embaràs i totes les coses xungues que pot tenir un bebè quan neix, que durant el primer potser no ets tan conscient, o ho vius més així amb l'alegria de l'embaràs i tal... Estava com molt ratllada, de dir... «Hòstia, totes les coses i tots els síndromes i totes les coses que podria tenir aquesta criatura, saps?» Perquè, bueno, saps més coses. I això em va crear molta ansietat, molta més por del que li podia passar en aquella criatura [...].

M: Sí... és que estava pensant que va una mica amb la condició de mare...

B: Exacte, et fas patidora de sèrie, diguéssim. Sí, perquè jo no ho era, abans. (Berta)

En aquests moments en què s'està formant la subjectivitat materna a través del patiment pel fill, la resposta professional pot contribuir a reafirmar-la, a qüestionar-la o a matisar-la, i fins i tot pot fer d'aquestes mares en formació bones o males mares.

Amb més o menys raó, i amb més o menys efectes sobre la pròpia salut mental, hi ha dones que en experimentar aquesta inquietud o aquesta por expressen el desig o demanen fer-se una ecografia o escoltar el batec. La Paula, de 38 setmanes, diu a la dra. Pujol que ara fa unes hores que no el nota i que està una mica espantada, i per això té moltes ganes d'escoltar el batec. La Sira, li diu a l'Amanda que ha sentit que al voltant de la setmana 20 ja podria començar a sentir el moviment del fetus, però ella no el nota i està ansiosa per sentir el batec. Jo, embarassada de 10 setmanes, després de notar unes intenses fiblades a la vagina, vaig a urgències per saber si està tot bé. La Nuri embarassada de sis setmanes, acaba de llegir a internet que existeixen els embarassos ectòpics, els molars, o que el sac embrionari pot estar buit; se sent ansiosa i ha vingut a urgències de ginecologia on diu a la dra. Mena que necessita que li facin una ecografia per saber que el seu embaràs no és un d'aquests.

Aquest patiment, però, no sempre obté una resposta empàtica per part de les professionals, que poden treure ferro a l'assumpte, fer-ne broma o fins i tot castigar la dona embarassada, cosa que implica treure estatus de persona al fetus i qüestionar la subjectivitat materna de la dona que, com hem vist en els capítols anteriors, el mateix sistema ha contribuït a crear. Més és així com més primerenc és l'embaràs. La dra. Pujol mira amb complicitat la Paula, amb uns ulls i un somriure que diuen que ja ho sap, que a les embarassades ens passen aquestes tonteries; l'Amanda li diu a la Sira que ara escoltarem el batec, i, quan el troba, fa broma i riu: «Caerse, no se ha caído todavía. Ya caerá!». A mi, la doctora d'urgències també em fa broma amb la «caiguda del bebè», i em diu rient que a aquest bebè encara no li toca néixer; això em fa sentir alleujada, però també una mica idiota per haver tingut por. La Nuri és directament castigada per la dra. Mena, que a la cuina explica a les companyes que aquesta

noia el que hauria de fer és prendre's una til·la o anar al psicòleg, i, en una espècie de revenja de la qual la Nuri no serà mai conscient, decideix que aquesta dona s'ha d'esperar més del necessari, així que marxa a esmorzar i no l'atén fins al cap d'una bona estona.

Hi ha casos en què la por és compresa, i fins i tot en part compartida, per les professionals, que actuen amb empatia i consideració cap a la dona. Les dones que han perdut algun embaràs prèviament són un d'aquests casos. Per exemple, quan arribo a l'hospital després de les vacances d'estiu i d'un temps de treball de camp sobretot a l'ASSIR, ja cap al final del període de treball de camp, i pregunto com han anat aquests darrers mesos, l'Andrea [llevadora], m'explica que ha estat venint la Sílvia. La Sílvia és una dona que va perdre una bebè a les 30 setmanes de gestació el meu segon dia de treball de camp a l'hospital, del qual vaig sortir profundament impactada. Diu l'Andrea que, quan el nou embaràs començava a acostar-se a les 30 setmanes, la Sílvia va començar a anar a urgències cada dos o tres dies per sentir el batec, «pobrecilla». Tot i que pensaven que no era necessària tanta vigilància, les llevadores la comprenien, l'atenien amablement i li feien un monitoratge del batec. L'embaràs anava bé (igual que l'anterior), però la Sílvia ja no sentia que el seu úter fos un lloc segur, i la probabilitat més alta que allò tornés a passar inquietava les professionals, així que finalment —no sé a proposta de qui— li van avançar el part amb oxitocina. Va anar bé. M'hagués encantat ser-hi i compartir la barreja d'emocions d'aquell part, igual que vaig compartir la barreja d'emocions del previ.

Aquesta empatia amb les dones que han perdut un embaràs anterior no la trobo només amb pèrdues d'embarassos avançats, sinó també amb embarassos primerencs:

Entro amb la Laia a veure una dona embarassada de 9 setmanes que ve amb la seva parella. Està molt sencera. Explica que a l'agost va tenir un avortament esponatani, i que els dies que va estar avortant li feia molt de mal la zona lumbar. Explica que ara sent el mateix dolor i volia assegurar-se que tot estava bé. La Laia li pregunta si ha sagnat, i la dona li diu que no, que gens. La Laia li fa una ecografia i a la imatge es veu l'embrió: «Mira, aquí està el bitxo», diu carinyosament. Apuja el volum del batec del cor. La dona fa un esbufec d'alleujament, l'home li dóna les gràcies a la Laia. (Diari de camp, 13 de novembre de 2018)

Malgrat que el cor d'un fetus es pugui parar sense donar cap senyal corporal, i que, tot i la creença popular, sagnar durant l'embaràs no significa necessàriament una pèrdua d'aquest embaràs, generalment la sang també justifica la por i suscita una resposta empàtica de la professional:

Una dona embarassada de 15 setmanes, i la seva parella (home) arriben a urgències obstètriques perquè ella ha tingut pèrdues. L'Aurora, una resident de primer any, l'atén. Dins la sala també hi som la Vicky [auxiliar], i jo. L'Aurora és molt dolça. Primer fa l'anamnesi: pregunta de quant està, per què ha vingut, si fuma, si té al·lèrgies, avortaments anteriors, com eren les pèrdues... La dona explica que ahir va sagnar una mica, «dues taques marrons». La Vicky prepara la dona perquè l'Aurora li pugui posar l'espèculum. Jo li dic a l'home que millor que es posi al costat d'ella, perquè s'havia quedat arraconat al costat de la porta. L'Aurora, abans de posar l'espèculum pregunta si han tingut relacions sexuals fa poc. Ella diu que sí. L'Aurora pregunta si creu que es poden relacionar amb el sagnat. La noia dubta, diu que no, perquè ja ho ha fet més vegades i mai no li ha passat res. L'Aurora li pregunta amb més exactitud quan van ser les relacions sexuals, i ella diu que van ser el dia abans del sagnat. L'Aurora mira l'espèculum, que mostra que la noia ja no sagna. Després li fa un tacte. L'Aurora tota l'estona li diu pel nom a la noia —Júlia—, i li va explicant cada pas «ara faré això... potser molestarà una mica...», pregunta si molesta, si hi ha dolor. A la dona li molesta, però diu que no és dolor. Després li fa una ecografia vaginal. Al principi vol posar el batec, però no té tanta manya amb l'aparell com altres ginecòlogues, no ho fa tan ràpid, no se sent bé... Finalment sí que se sent clar i nítid. També mira el fetus, que es veu clarament que es mou. L'Aurora ho diu en veu alta, «S'està movent», i somriu. Deixa la sonda quieta, i diu «Mira, jo no faig res, es mou ell solet. O soleta». La dona es posa a plorar de l'ensurt que portava. Crec que el fet d'haver desdoblant el gènere també hi afegeix emoció. L'Aurora li diu: «Plora, Júlia, plora tant com vulguis». I la Vicky: «Te habías asustado, verdad?» I l'Aurora: «És normal...», i li dóna paper perquè s'eixugui les llàgrimes. (Diari de camp, 1 d'octubre de 2019)

En el següent cas, a més a més, el risc que el sagnat signifiqui pèrdua augmenta perquè aquest ve després d'una prova invasiva:

La Laia entra a visitar la dona que s'ha fet una biòpsia per determinar malformacions fetals i altres síndromes, i després ha sagnat. És una dona magrebina, embarassada de 13 setmanes, que va acompanyada de la seva germana gran, que està molt nerviosa. Li dic a la germana, «Estàs nerviosa, oi?», i em diu que sí, que ha plorat molt. Li agafo el braç. La dona embarassada explica que quan li han fet la prova li han dit que tacaria una mica, però que no serien pèrdues fortes.

Quan marxava cap a casa, ha notat que perdia, ha entrat en un lavabo i queia molta sang, per això ha tornat. Ara, però, el sagnat ha disminuït. La Laia li diu que sí, que tacar una mica és normal, i que ara mirarem com està. [...] Primer li mira el sagnat amb l'aparell transparent [espèculum], i veu que, efectivament, ja no n'hi ha gaire. Després fa l'ecografia vaginal. Avisa la dona que, després, el gel que ara posa al transductor es barrejarà amb la sang i caurà, però que no s'espanti, que no és cap pèrdua. Amb l'ecografia vaginal ho veu tot bé. Després fa l'ecografia abdominal i li intenta ensenyar el fetus, que es mou molt i no ens ofereix cap imatge una mica estàtica. Les dues dones fan un buf d'alleujament. També pel moviment, a la Laia li costa enganxar el batec del cor, que només sona un moment. «*Uy, es que ahora se mueve mucho, pero has visto el corazón como late, verdad?*». La dona diu que sí. La Laia continua amb l'ecografia i veu que hi ha un petit hematoma. Li diu que és molt petit, i que probablement es reabsorbirà, però que faci repòs 48 hores, i si torna a sagnar com abans, que torni. [...] La dona demana [...] pel risc d'avortament. [...] La Laia li diu que totes les embarassades tenen risc d'avortament, i que quan es fan proves com la que s'ha fet, el risc augmenta una mica. Li torna a repetir les indicacions de quedar-se reposant 48h. La dona diu que d'acord, però que la seva germana preguntava si no la podien ingressar per estar més controlada. La Laia li diu que no farien res, tenint-la ingressada, que estarà més tranquil·la a casa. (Diari de camp, 6 de novembre de 2018)

Hi ha casos, però, on l'empatia es fa difícil de mostrar. En el següent cas de sagnat, degut als dubtes, la situació inestable i a la possibilitat d'haver-se equivocat en visites anteriors, i davant la por manifesta de la dona, les professionals intenten no fer-la patir més del necessari, però ho fan amagant les sospites i els dubtes durant l'ecografia i assegurant que «no passa res». Aquest encobriment de la sospita fa que es mostrin serioses i que mantinguin silencis incòmodes i esperes tenses fins que no tenen clar el que han de dir. En aquest cas, la professional que està en la millor posició per mostrar-se empàtica és l'auxiliar d'infermeria:

Arriba el cas d'una dona que està de vint setmanes i té pèrdues. Sembla ser que és la tercera vegada que ve i que ja havia tingut pèrdues abans. L'atendrà l'Elisenda [ginecòloga], que ja l'ha atès alguna vegada, i jo l'acompanyaré. La primera vegada que va venir van veure que tenien un hematoma i li van dir que fes repòs, que l'hematoma s'havia de reabsorbir. Quan va tornar a l'hospital la setmana passada, l'Elisenda no va veure l'hematoma i li va dir que ja podia fer vida normal. I ara ha tornat a sagnar. La dona té molta por. Explica que va intentar tenir relacions sexuals, però que tenia tanta por que [...] es va haver d'enretirar. L'Elisenda li mira el sagnat, que és marronós, tot i que la dona insisteix que aquest matí era vermell. Després li fa una ecografia vaginal, i la dona s'espanta, pregunta si això no li pot fer mal, i l'Elisenda diu que no, que si ella pensés que li podria fer mal no li faria.

«Sí, claro, perdona, es que tengo mucho miedo». L'Elisenda s'està més estona del normal mirant l'ecografia. Finalment diu que creu que el que passa és que té la placenta baixa i que fins que no pugi pot sagnar una mica. Després li fa l'ecografia abdominal, i li posa el so del batec del cor. «Uf, está vivo». L'Elisenda li diu que li haurà de tornar a repetir l'ecografia vaginal, perquè no ha guardat les imatges. «Pero no pasa nada, no?» I l'Elisenda li diu que no. Tanmateix, l'Elisenda surt dient-li que la deixa descansar una estona, i quan anem al taulell, li diu a la Laia que té dubtes, que potser sí que hi ha un hematoma, i li ensenya les imatges, que sí que ha guardat. La Laia també té dubtes, a ella li sembla veure l'hematoma, i no creu que la placenta estigui més avall del normal. La Laia, l'Elisenda, la Vicky [auxiliar] i jo tornem a la sala on hi ha la dona. La dona de seguida s'adona que passa alguna cosa, però la intenten calmar. La dona diu que té por, i em demana l'ampolla d'aigua de la seva bossa perquè s'està marejant. La Vicky ja la coneix i li diu «Vaya embarazo más malo estás pasando, verdad?» Ella diu que sí, torna a explicar el que li ha passat [...] i li explica també que ja té dos fills, i que també n'ha perdut dos en una edat de gestació més primerenca. Diu que quan veu que sagna es torna boja, que si el perd es torna boja. La Laia li repeteix l'ecografia i les dues ginecòlogues es posen a discutir el que estan veient. Finalment li diuen que l'hematoma no s'ha acabat de reabsorbir, que la setmana passada no el van veure i que en tornar a fer vida normal ha sagnat, que ha de tornar a fer repòs fins que realment estigui reabsorbit. La dona diu que ja no pensa aixecar-se del llit i del sofà en tot l'embaràs, i torna a repetir que si el perd es torna boja. (Diari de camp, 4 de desembre de 2018)

De la mateixa manera que la sang, una imatge ecogràfica que faci «mala pintura» i una indicació d'espera per part de les ginecòlogues generalment també hauria de justificar la por i generar empatia, però el cas de l'ensurt de la Hakima es tracta de manera poc empàtica. Aquesta diferència, ¿té a veure amb la fredor i la distància idiosincràtica de la doctora Pujol?, ¿té a veure amb el fet que es tracti d'una dona racialitzada?, ¿o té a veure amb el fet que l'embaràs de la Hakima sigui fruit de tècniques de reproducció assistida?, ¿és la mateixa tensió per la incertesa que en el cas anterior?, ¿o potser és una mica tot plegat?

La propera dona que hi ha a la llista de visites de la dra. Gina Pujol és la Hakima. La recordo perquè la dra. Laura Espeso li feia estimulació ovàrica. Que ella estigui embarassada em fa tenir esperances a mi també. Però abans d'atendre-la, la Gina em diu que hem d'anar a veure la Mena, que li acaba de fer una ecografia de seguiment que no fa bona cara. La Mena li ensenya l'ecografia i totes dues estan d'acord que l'embrió és petit per l'edat gestacional que té i que hi ha no sé quina part que sembla que estigui «despresa». «Fa molt mala pintura», diuen. La Mena li diu a la Gina que «a més, [la Hakima] prenia Gonal», un medicament per a

l'estimulació ovàrica que jo també prenc abans de les inseminacions, i es miren d'una manera que indica que aleshores aquest panorama no és estrany, cosa que m'interpel·la i em posa en tensió. La Mena li diu a la Gina que no n'ha dit res a la Hakima, i acorden que ho farà la Gina, que la citarà per al cap de 7 dies per confirmar l'avortament, i si es confirma, li faran el legrat el dia següent.

[...] La Gina fa passar la Hakima. Seiem. La Gina li diu que la imatge de l'ecografia les ha fet sospitar que potser l'embaràs no tira endavant, perquè l'embrió és molt petit. Li diu també que vingui dijous vinent per tornar a fer una ecografia, a veure què ha passat, i que si l'embrió no ha crescut des d'aleshores li faran un legrat. Ho diu de manera directa i seca. A la Hakima li tremola la barbeta. [...] «Pero... ¿aunque no haya sangre ni nada?, yo no he sangrado». La Gina respon que si és un avortament, en un moment o altre sagnarà. Li diu que si abans de dijous es posa a sagnar, que vingui cap a l'hospital directament, però que si no sagna, s'haurà de treure [On són les opcions de maneig de l'avortament? M'ho pregunto més endavant i ja sense opció de preguntar-ho a la ginecòloga]. «¿Pero es seguro que es un aborto?», torna a preguntar la Hakima. La Gina li respon que fins dijous vinent no sabrem res i que descansi durant aquesta setmana. La Hakima fa una cara molt trista, jo intento que el meu gest facial li transmeti empatia i suport, perquè la setmana d'incertesa que li espera serà horrorosa. (Diari de camp, 1 de març de 2019)

En el següent cas, la doctora no mostra cap empatia, sinó que es mostra clarament antipàtica. Es tracta d'una dona racialitzada que té pèrdues. En aquest cas la doctora sí que mostra una actitud clarament racista en els moments abans d'atendre la dona:

La següent visita és una dona musulmana que està embarassada de vuit setmanes i té pèrdues. Diu que està marejada, així que la fan esperar en una cadira de rodes que hi ha al passadís. L'Andrea [llevadora] va a parlar amb ella i després ens diu que pensa que en realitat no està tan malament, així que no és urgent i es pot quedar allà esperant mentre passen altres visites que hi havia abans (que tampoc són urgents). La dra. Flor Schulz, després de veure-la allà al passadís, diu (cridant força) que és normal que estigui marejada si va tan tapada (es refereix al mocador). Més tard, quan fem la visita, la Flor li pregunta pel sagnat, i la dona diu que sagna marronós des de fa dies, i que aquesta nit ha sagnat més quantitat. La Flor li pregunta si té relacions sexuals i ella diu que sí. La Flor la renya: «Pues mujer, si sabes que sangras no tengas relaciones!». Li fa una exploració, i la dona no està sagnant. A l'ecografia es veu el saquet petit i se sent el batec. La Flor li explica que probablement, com que té el coll d'úter més sensible per l'embaràs, quan té relacions el penis xoca amb el coll de l'úter i aleshores sagna. La dona li pregunta que si el fet que ella estigui molt nerviosa pot afectar el bebè. La Flor li pregunta «A ver, pero por qué estas nerviosa!?!», amb un to que acusa la dona d'exagerada, i la dona respon que això és privat. Aleshores, la Flor li diu que no, que no li fa bé

a ella estar nerviosa, però que el bebè no se n'entera. (Diari de camp, 14 de juny de 2019)

A més de la raça¹⁸, també la classe i les decisions reproductives preses en el passat podrien fer que la resposta de la professional no fos empàtica. En el següent cas, la professional sí que es mostra empàtica, però els comentaris que fa amb les seves companyes un cop atesa la dona mostren un rebuig que, en algun moment, potser per part d'una altra professional amb un altre tarannà, podrien traduir-se en una manca d'empatia o un maltractament.

Entro amb l'Elisenda en una consulta. Es tracta d'una dona embarassada de 30 setmanes que ha tingut pèrdues mentre tenia relacions sexuals. L'Elisenda li mira el sagnat introduint-li un aparell transparent [espèculum] a la vagina. Ella diu que li fa mal, i l'Elisenda diu que això és perquè està molt tensa, i aleshores estan lluitant una contra l'altra. No hi ha sang. Després, l'Elisenda em demana que tanqui el llum, i li fa una ecografia vaginal, i sembla que el coll de l'úter està bé. Finalment li fa una ecografia abdominal, i fa que se senti el so del batec del cor del fetus. En sentir-lo, la noia es queda molt descansada. Després li va ensenyant totes les parts del cos del fetus: «Aquí hi ha el cap, l'esquena amb la columna vertebral, el culet..., jo ho veig tot molt bé». La noia pregunta què ha passat, diu que el marit pensava que potser amb alguna envestida havia trencat alguna cosa i ara estava caient. L'Elisenda li diu que no, que «Aquí no se cae nada», i li explica que de vegades pot passar, en tenir relacions sexuals, que es trenqui algun capil·lar del coll de l'úter, però que no passa res. La noia pregunta si ha de deixar de tenir relacions sexuals amb el seu marit, i l'Elisenda li diu que no, que si no sagna més, en pot continuar tenint.

Quan sortim de la sala i arribem al taulell, l'Elisenda li comenta a la Laia alguna cosa de la noia, que no arribo a sentir. La Laia li pregunta «¿Era una *fistra*¹⁹? Perquè jo tinc menys tolerància a les *fistres*, i si per a tu era una *fistra* per a mi segur que també». L'Elisenda li diu que sí, que era una *fistra*, i que a qui li toqui el dia del part, pringarà. Que és una que un dia va venir al matí dient que es trobava fatal, i a la tarda la van veure al parc ballant flamenc amb els col·legues, i que té 5 avortaments voluntaris anteriors. (Diari de camp, 19 de setembre de 2018)

¹⁸ El racisme en l'atenció a les dones embarassades negres ha estat àmpliament documentat i de forma continuada als Estats Units, per exemple vegeu Alhusen, et al., 2016; Hansen et al. 2022; Kogan et al., 1994. Tanmateix el racisme en l'atenció sanitària ha estat força desatès a l'estat espanyol, els exemples són escassos i dispersos en el temps, vegeu: Aqueju, 2023; Fuertes et al., 2010; Plaza del Pino, 2012; Ramos-Roure et al., 2021; Sánchez-Ojeda et al., 2017.

¹⁹ De l'expressió *fistro pecador* de Chiquito de la Calzada. Entenc que aquí es fa servir com a insult moralista i classista i/o racista per a les persones d'Andalusia o del sud d'Espanya.

L'empatia de la professional ens reconeix com a mare, fins i tot com a bona mare. En canvi, la manca d'empatia o bé no reconeix aquesta subjectivitat, com és el cas de la Hakima, o bé la transforma ja sigui en la subjectivitat d'una mare excessiva i exagerada que es preocupa massa i es vol fer ecografies innecessàries, ja sigui en la d'una «mala mare» que continua tenint relacions sexuals tot i sagnar, que balla amb els seus amics al parc, que avorta voluntàriament massa vegades.

5.2. Pronòstics incerts

En el seguiment del meu embaràs a Barcelona, les ecografies es fan a l'hospital, i no a l'ASSIR. Allà, em criden per un número i una metgessa desconeguda em fa l'ecografia. Estic embarassada de 12 setmanes, i estic contenta que el fetus hagi sobreviscut fins aquí. La metgessa pren mides de diferents parts del cos d'aquest ésser que saltironeja. Em diu que és mogut, i que és massa aviat per afirmar-ho però que li ha semblat veure un penis. Després d'aquesta concreció, veig la il·lusió als ulls del Sergi. Suposo que ell també la veu als meus. Quan acaba, fa un informe amb totes les mesures que ha pres, corregeix el nombre de dies que porto embarassada, i a la pregunta de si el fetus està bé, em diu que aparentment sí, però que ara passarem pel despatx d'una llevadora que calcularà el risc de trisomies (*triple screening*) i de preeclàmpsia.

Sortim, estem nerviosos, volem marxar d'allà per respirar tranquils, però hem d'esperar una bona estona en aquell soterrani amb l'informe a la mà. Quan per fi ens crida la llevadora, seiem, i sense massa preàmbuls, introdueix les dades de l'informe a l'ordinador. Imprimeix un full i ens l'ensenya i llegeix: Síndrome d'Edwards, risc molt baix; síndrome de Patau, risc molt baix; síndrome de Down, risc alt. «Ho sento», diu. El Sergi i jo ens quedem gelats. Després ploro. «Que no vol dir que tingui el síndrome, eh, que només és que el risc és alt». «Alt, com?», «1/154». No sé valorar aquest número. No em sembla tan alt. Però està definit com a alt. Penso exemples concrets. Si fos una rifa, probablement no em tocaria, però si un de cada cent-cinquanta-quatre avions caiguessin no agafaria avions. Finalment, només hi ha incertesa. Pregunto quin és el proper pas. Per al risc alt, em diu, hi ha dues possibilitats:

fer amniocentesi, que donarà un diagnòstic ràpid i 100% fiable però que és una prova invasiva i comporta risc de pèrdua de l'embaràs, o fer la prova d'ADN fetal, que es fa amb una anàlisi de sang i no comporta riscos, però que és una prova lenta (12 dies) perquè cal enviar les mostres als Estats Units i torna a ser un cribratge, però aquest cop fiable al 99% (el triple *screening* ho és en un 85%). Tinc clar que optaré per la prova d'ADN per no fer mal al fetus, i que assumiré aquest 1% de possibilitats que hi hagi un fals negatiu. El que no tinc clar és què vull fer si surt un positiu. Sé que el Sergi pensa que és millor avortar, ja n'hem parlat. A mi em fa massa mal, i, des de l'anticapacitisme, èticament em costa massa de pair, avortar un fetus que he buscat activament només perquè té una discapacitat, però tampoc tinc clar que vulgui tenir un fill o una filla amb una dependència tan significativa i, en aquest país, sense la garantia d'unes cures adequades quan jo i el Sergi morim.

Però som allà a la consulta, amb la possibilitat d'un ILE (interrupció legal de l'embaràs) flotant en l'ambient, i la llevadora intentant consolar-me matusserament. Quan aconseguixo assossegar-me i em sento preparada per anar cap a la sala d'espera de medicina fetal —on ens atindrà un metge que ens repetirà les possibilitats que hi ha i em donarà cita per fer-me la prova que triï—, la llevadora ens demana que esperem un moment, que falta una cosa. S'aixeca, obre un armari ple de caps de blau cel i me n'allarga una. Dins, tot d'objectes promocionals per a la cura del bebè: cremes, olis, sabons, un xumet, un mossegador, un biberó.

Dels següents 12 dies només recordo els silencis i les converses infructuoses que no fan més que donar voltes a una qüestió que no pot ser resolta. Després de considerar tenir-lo i visualitzar-me criant i educant un infant amb síndrome de Down, lluitant pels seus drets o organitzant-me amb altres famílies, contribuint a fer de la seva una vida digna, però també de veure'm enrabiada, trista o cremada per la dificultat i el cansament de tot això i del dia a dia, any a any d'unes cures que no s'acaben, poc a poc vaig veient que no el tindrè, que si el fetus té síndrome de Down, l'avortaré. Tenir-ho clar fa que la meva subjectivitat de mare s'hagi quedat congelada, a l'espera de saber com continuarà aquell embaràs. Simultàniament, en aquest procés d'espera el fetus també es va fent més persona: ara ja no només he vist com

saltironejava en l'ecografia, no només he vist els productes amb què el cuidaria dins una caixa, no només m'he imaginat com una mare activista o com una mare esgotada, sinó que la condició particular de síndrome de Down també em permet imaginar-ne la cara i el cos, amb els ulls petits i ametllats, el nas xat, el coll ample, una mala dicció i un caminar estrany. No sabia si em podia vincular amb aquesta criatura, i hi posava una distància necessària però que em feia mal.

L'Aina, la llevadora que fa el seguiment de l'embaràs, en la visita que tenia programada a la setmana 14, abans que sortissin els resultats de la prova d'ADN que finalment van desconfirmar el risc, veient que estic en aquest moment d'incertesa m'explica que normalment, per protocol, en la visita de les 14 setmanes s'escolta el batec, però que decideixi jo si vull fer-ho o no. Li dic que no.

També l'Eva explica d'una manera molt bella que va ser a través de la incertesa pronòstica que, alhora que es qüestionava la seva situació com a futura mare i la seva nova subjectivitat, aquesta subjectivitat es va fer més forta i va començar a establir un vincle més profund amb el fetus, a reconèixe'l i donar-li una identitat.

A la meva criatura, a l'ecografia morfològica li van descobrir una malformació al cor [...] però que no afecta a la seva vida perquè el cor és diferent però fa la mateixa funció i no hi havia res que ens hagués de preocupar, però això ens va augmentar el risc de totes les síndromes i ens van enviar a medicina fetal. [...] Als sis mesos li van descobrir una malformació al cervell, i això era una *pua* perquè, a part de que no sabien què significava això, el cervell no s'acaba de formar fins als dos anys. Llavors ens van dir: «No sabem què. O sigui, els únics camins que creiem que podem trobar per davant son aquests quatre». Llavors: un era el pronòstic normal, que és on estem a dia d'avui, l'Aran és una criatura ordinària, té una mica de retard però, o sigui, és com que els *hitos del desarrollo* els fa dos o tres mesos més tard, però ni tan sols se sap si és per això. Però bueno, era: o pronòstic normal, o tres pronòstics que eren una merda, que eren quasi tots incompatibles amb una vida digna [...]. I el que em va passar és que vaig connectar moltíssim amb la sensació de fracàs, però no de culpabilitat en plan «he fet algo malament», sinó «soc una fracassada, soc una embarassada fracassada». Em vaig deixar de posar la roba de premamà... No sabia... Si aquesta criatura no neix, ¿en quin estat...? O sigui, jo ¿on estic? ¿Com definim aquest estat en què jo no sé si aquesta criatura neix o no, i per tant no sé si puc considerar que estic embarassada? O sigui, jo tenia la sensació com si totes les embarassades haguéssim entrat en una habitació i m'haguessin dit «No, no, tu espera't al final i ja veurem què fem amb tu», no? [...] Em vaig haver

de fer moltes preguntes perquè «Ostres, tindrè una criatura amb una discapacitat. ¿Vull una criatura amb una discapacitat o no? ¿Quin grau de discapacitat soc capaç de tolerar?» O sigui preguntes que, a més, no són gens agradables de fer-se perquè són súper capacitistes, però al cap i a la fi és el que estàs sentint, no?

[...]

Ha sigut a través de la possibilitat que l'Aran no nasqués que m'ha ajudat a fer passes per reconèixe'l. Precisament tota la por... El dia que van detectar la malformació al cor va ser el dia que vam decidir que es deia Aran, aquesta criatura necessitava un nom encara que no nasqués. I quan li van detectar la malformació al cervell, la nit abans de fer-me la primera ecografia, perquè em van fer mil milions d'ecografies, però clar, cada ecografia era una cosa de vida o mort, no? I la nit abans, estàvem a casa i em vaig posar a ballar una cançó, i li vaig dir a la Toñi [parella]: «És que potser jo no puc ballar mai en braços amb l'Aran, i llavors aquesta és la meua única oportunitat per fer-li de mare: ara». Llavors, a mi tot el que m'aproximava més a la mort era el que més em feia reconèixer la seva identitat. La seva identitat i la meua relació. (Eva)

Així, la tensió entre el vincle i la distància amb el fetus; la reflexió ètica que implica considerar interrompre l'embaràs no perquè no es vulgui tenir un fill sinó perquè no es vol *aquest* fill, així com el qüestionament d'una subjectivitat de mare que va «fins a la fi del món», quan honestament una s'adona que no vol ser mare *així*, marquen l'experiència de les gestants que reben un pronòstic incert.

5.3. Quan la dona també està en perill

Al final de l'embaràs, la Bea va tenir una preeclàmpsia [greu pujada de la tensió arterial de la mare], la qual cosa va implicar que el seu fill nasqués en una cesària d'urgència. Una situació com aquesta fa emergir ràpidament la subjectivitat materna que s'ha anat produint durant l'embaràs i que pot arribar a posar la vida del fill no nascut per davant de la pròpia:

I vam arribar a [l'hospital] a les dues i mitja, o sigui, jo recordo que vaig dir el meu nom a baix i ja em van dir «T'estan esperant a la segona planta», que era la de maternitat. I estava el ginecòleg allà, diu «És que ja l'hem de tenir, Bea», i jo «Però què ha passat?», diu «Tens molta preeclàmpsia i és que el nen ha de néixer ja, per tu i per ell». Total, que em fiquen les corretges i diuen «El nen està bé». A mi, Maria, m'importava una merda el que em passés a mi. Dic «Ara el nen està bé, jo soc secundària perquè el nen està bé». I llavors [...] em va fer el tacte i va dir «Ha de ser cesària, i ja», em va prendre la tensió i estava disparadíssima, i em va dir «Al ser cesària d'urgència t'hem de fer un tall més gran». Jo recordo que li vaig

dir al ginecòleg «Tu creus que ara m'importa si el tall és més gran o més petit?». Jo, o sigui, «que surti l'Oriol», saps? (Bea)

La situació de perill de la dona i del bebè alhora, agreujada en aquest cas pel que considero una mala praxi ètica per part del metge, que traspasa la responsabilitat d'aquestes vides a algú que no pot prendre una decisió de manera calmada i imparcial, una decisió per a la qual ja haurien d'existir protocols elaborats per comitès ètics, pot fer que la parella no gestant s'hagi de plantejar quina de les seves subjectivitats posa per davant, la de parella o la de pare:

[Un cop ha nascut l'Oriol] jo veia molt sèria la meva parella tota l'estona, i li dic «Dani, què et passa?», «No, no em passa res, no em passa res». [...] El dia següent, el Dani em diu: «Bueno, ara que estàs més tranquil·la i tot, t'he de dir que quan tu vas entrar a quiròfan per fer-te l'operació, la cesària, va sortir el ginecòleg i em diu: “Si haguessis d'escollir entre el teu fill i la teva dona...? Més que res perquè a lo millor t'ho fem escollir”. Perquè jo vaig entrar fatal, amb una preeclàpsia horrorosa. Jo en aquell moment li vaig dir al Dani «Si m'arribes a escollir a mi, no t'ho perdono, no t'ho hagués perdonat mai». I al final va anar bé per un i per l'altre, però el Dani, clar, estava en xoc. No havia paït aquella pregunta, ell. (Bea)

Malgrat que sembla que la Bea té clara la decisió que hauria pres, val a dir que la producció durant l'embaràs de subjectivitats maternes canòniques que sacrifiquen la pròpia vida, fins i tot literalment, és justament la raó per la qual, en casos com aquest, seria discutible l'aplicació del principi ètic d'autonomia que entén les persones com a capaces de prendre decisions sobre les qüestions que les concerneixen.

La subjectivitat materna sovint es comença a produir abans de la fecundació, i la producció de l'estatus de persona de l'embrió pot començar des del moment en què una té notícia de l'embaràs, o fins i tot abans, en el cas dels processos de reproducció assistida en què tenim accés a imatges i informació dels embrions des d'abans de la implantació. La virtualitat inherent a tot embaràs pot fer patir, i hi ha esdeveniments –com un sagnat o la notícia d'un risc de discapacitat en el nadó- i embarassos que, a més de fer patir, poden refermar i alhora

qüestionar la subjectivitat materna i l'estatus de persona del fetus que estan en construcció. L'atenció a les persones gestants pot contribuir a alimentar aquesta producció o a qüestionar-la de maneres que poden ser massa exigents, xocants i/o discriminatòries per a elles, o bé poden ser respectuoses, empàtiques, i que tinguin en compte, explicitin i facin present la naturalesa ambivalent de l'embaràs i la seva possibilitat d'impermanència. Hi ha en joc la possibilitat d'un amor matern més prudent, més compartit i menys sacrificat, més col·lectiu i no carregat tan sols a les espatlles de les dones.

**PART III. FRONTERES DE LA *PERSONHOOD* I LA
SUBJECTIVITAT MATERNA EN LES PÈRDUES DE L'EMBARÀS.
¿QUINS FETUS IMPORTEN? ¿QUI ÉS UNA MARE?**

Quan la Rita marxa, em quedo una estona amb la Isabel [psicòloga ASSIR] discutint sobre *personhood* al primer trimestre. Ella creu que un embrió de primer trimestre no és un fill, t'hi posis com t'hi posis. Que és legítim sentir-ho però que no s'ha de reforçar. Diu que no hi ha hagut temps de fer el procés psicològic. Jo li dic que en aquesta societat aquest procés és molt ràpid. Ella diu que sí, però que les coses s'han de posar al seu lloc, i que igual que intenta «desfer» les fantasies de les dones que avorten voluntàriament i tenen la sensació d'haver matat algú, també en aquests casos s'ha de posar tot al seu lloc. Insisteix que no es pot comparar un avortament de primer trimestre amb un òbit de tercer trimestre, i jo li dic que jo també penso que no són el mateix, que hi ha diferències òbvies [...]. Alhora, penso que la comparació sí que és possible, i que se n'ha de poder parlar, perquè és amb la pràctica social, professional... que creem aquestes fronteres entre persones i no-persones i que creem la subjectivitat materna, i aquestes cada vegada semblen estar més a prop del moment de la concepció. Li dic que tampoc és el mateix perdre un fill quan és un fetus, que perdre'l quan és un nen de dos anys, però que en canvi reivindicuem poder dir que el que hem perdut en un embaràs de tercer trimestre també és un fill. Finalment diu que tenim opinions diferents, però que li sembla interessant el meu punt de vista i té ganes de veure què escric. (Diari de camp, 5 d'abril del 2019)

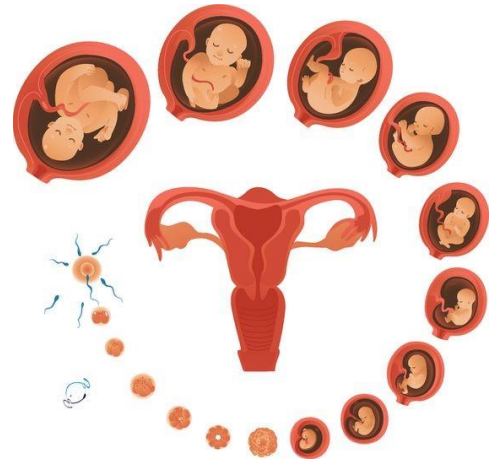
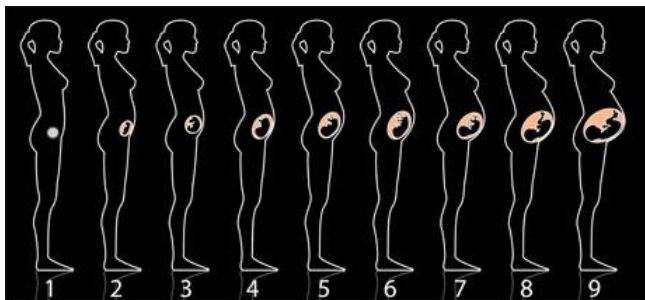
En el terreny psicosocial de la producció de subjectivitats i de subjectes en l'embaràs no hi ha cap mesura objectiva que pugui determinar si una dona embarassada és ja una mare o si un ésser en gestació és ja un fill, ni, per tant, com és de rellevant la mort d'aquest últim. No obstant, la mateixa pràctica ginecoobstètrica que, com hem vist en els anteriors capítols, contribueix a produir *personhood* durant el seguiment de l'embaràs o fins i tot abans, força una sèrie de fronteres tàcites que determinen la importància que se li dóna a aquesta pèrdua, unes fronteres que sovint només se'ns revelen en aquest moment i que per tant poden xocar amb la subjectivitat materna que s'ha anat forjant.

Els dos primers capítols d'aquesta part estan pensats des d'una lògica temporal, és a dir, l'edat gestacional i tot allò que s'hi relaciona. En el tercer agrupo les fronteres que es donen en les interrupcions induïdes de l'embaràs, unes fronteres que he categoritzat com a «morals».

Capítol 6. Fronteres en les pèrdues d'embaràs de primer trimestre

L'edat gestacional és un dels factors més importants a l'hora de determinar com n'és de rellevant una pèrdua, ja que no només afecta l'àmbit ginecoobstètric sinó que és assumit pel gruix de la societat. Una de les primeres preguntes que ens poden venir al cap quan una persona ha perdut el seu embaràs és «¿De quant estava?», per així poder fer-nos una idea del grau de dolor que pot estar experimentant i determinar la importància que hem de donar a aquesta pèrdua. Entenem que, com més avançat és l'embaràs, més vincle té la dona amb el fetus, més desenvolupat està el fetus, i per tant, més mare i més fill són respectivament. A més, com més avançat l'embaràs i més panxa fa la dona, més reconeguda és com a mare per les persones que l'envolten. Tot això, generalment, ens permet empatitzar amb les dones que han perdut embarassos avançats i no posar en qüestió la seva subjectivitat materna, de mare que ha perdut una criatura, mentre que ens costa més commoure'ns per la pèrdua d'un embaràs poc avançat, probablement perquè encara no considerem la dona i el fetus una mare i un fill.

Des d'aquest punt de vista, l'embaràs se'ns apareix com un *continuum*, com quelcom que es va desenvolupant mes a mes, setmana a setmana, dia a dia, fins el dia del naixement de la criatura, i l'edat gestacional només és una xifra que ens parla de la llunyania o la proximitat del part o de la importància d'una pèrdua, sempre en termes relatius. Així és com jo m'imaginava l'embaràs abans d'estar embarassada, com una espera d'aproximadament 40 setmanes, com un desenvolupament gradual del fetus i del meu cos que culminaria amb el part. També és així com es (re)presenta en molts textos i infografies de difusió d'informació ginecoobstètrica o embriològica no especialitzada, o en documents personals de registre publicats en xarxes socials (vegeu les Imatges 5, 6 i 7), i així és com s'entén des d'una posició d'exterioritat i distància.



Imatges 5, 6 i 7. Exemples de representació de l'embaràs com a successió gradual. Fonts, d'esquerra a dreta i de dalt a baix: conmisijos.com; natalben.com; univision.com

Quan estem embarassades, aquesta percepció de l'embaràs com a progressió lineal coexisteix amb una idea de l'embaràs com a camí marcat per fites i moments clau que cal superar, i que, si tot va bé, cada vegada ens van refermant la continuació de la gestació i ens fan més mares a nosaltres i més fills els éssers que estem gestant, i que, si no, ens poden portar a la casella de sortida i posar en dubte tot el que hem anat construint durant el que portem d'embaràs.

Així, la coexistència d'aquestes dues temporalitats és prou pacífica si l'embaràs no té grans sobresalts, si no s'han perdut altres embarassos anteriorment i no es coneixen casos de pèrdues d'altres dones pròximes a nosaltres, perquè un cop superada tal o qual fita, podem seguir avançant per un camí que creiem ja traçat. La Montse, que ha perdut un segon embaràs, ens parla de com va viure el primer:

[A la setmana 8] vam anar, súper ingenus, [...] vam escoltar el *latido*, i ens van dir «*hay latido*» i jo pensava: «Clar que hi ha *latido*, per què no hi havia d'haver *latido*?». *O sea*, jo, amb tota la ingenuïtat... Ara sé moltes més coses: que l'embrió pot no formar *latido*, que el cor pot no desenvolupar-se... Però jo en aquell moment pensava: «Clar, clar que hi ha... És que és lo que toca, ¿no?, que hi hagi *latido*». [...] Jo anava molt feliç a qualsevol prova, perquè ni *siquiera* havia pensat que hi havia alguna prova que podia sortir mal i que a lo millor podia, o siga... Sé que a lo millor costa d'entendre, eh, però el pensament de «Ai, pot anar mal i hi pot haver un avortament» en *ningún* moment dels nou mesos se'm va passar pel cap. Ingenuïtat pura. (Montse)

Tanmateix, aquestes fites prenen una gran rellevància en la nostra percepció de l'embaràs quan es té una forta consciència de la possibilitat de la pèrdua, sigui perquè l'hem experimentat o sigui perquè l'hem vista de prop. Totes les participants entrevistades per a aquesta tesi que han perdut un o més embarassos i després han tornat a quedar embarassades, en el nou embaràs tenen com a fita superar la setmana en què van perdre l'anterior o els anteriors. Després d'aquesta data, es queden més tranquil·les i comencen a formar més vincle amb el fetus, amb més o menys raó:

O sigui, primer trimestre superat, va ser molta calma. O sigui, lo pitjor de tot, el primer trimestre. (Carla, sobre l'embaràs que va arribar a terme després de perdre quatre embarassos de primer trimestre).

Vam anar de vacances a Portugal, i els altres avortaments els havia tingut tots dos a les sis setmanes, i vam anar de vacances que jo estava embarassada i havia just passat les sis setmanes, i llavors estava com súper tranquil perquè...

M: ...perquè tenies la creença que «lo meu és a les sis setmanes i si no és que ja va tot bé».

B: Sí, després de les sis setmanes, com que em deien que era una cosa com de l'*enganche* de l'embrió a l'úter, llavors vaig com respirar una mica, de «Vale, ja he superat això, els dos avortaments van ser exactament a la mateixa setmana, això deu voler dir que ja està». I llavors estàvem allà a Portugal de vacances i a la setmana 9 vaig tenir el tercer avortament. (Berta, sobre el tercer embaràs que perd)

Jo, cada vegada que anava a l'ecografia...[...] jo lo primer que preguntava a la doctora: «Hi ha batec?»[...] [Hi anava] amb molta por. [...] Però quan van passar les 8 setmanes, que va ser quan amb l'anterior vaig començar a perdre'l, llavors vaig pensar «Bueno, pues ja han passat les 8 setmanes, ja va tot bé, [...] això va endavant», i cada cop parles més amb ell, li dius que d'aquí uns mesos et

coneixerà... Clar, tampoc mai havia arribat a un embaràs de 3 mesos, [...], i el dia de l'ecografia del plec nucal [en què li van dir que la criatura tenia malformacions i síndrome de Down], no m'ho podia creure. O sigui, aquella nit jo pensava: «S'han equivocat. No em pot estar tornant a passar» (Bea, sobre el segon embaràs que va perdre)

Jo tot m'ho posava a *plaços*, com amb els dos que vaig perdre, saps? «A veure si a les 8 setmanes hi ha batec», perquè va ser quan vaig perdre el primer. A les 12: «A veure si el plec nucal va bé». Llavons, era... Jo em marcava, no sé per què, aquests *plaços*. (Bea, sobre el tercer embaràs, que va arribar a terme).

L'experiència vicària també té un paper a l'hora d'establir aquestes fites.

Clar, jo ara sé la història de la Sheila [amiga seva], que va ser [va perdre l'embaràs] a la setmana 36 [...]. Si has vist això ja tens un referent. *Vamos*, tu deus haver tingut un embaràs *de lujo!* [riu] (Carla, parlant amb mi sobre el treball de camp)

Jo, que em quedo embarassada per segona vegada al final del treball de camp i per tant he vist perdre força embarassos, no només tinc com a fita la setmana 6 en què vaig perdre l'anterior embaràs, sinó que les setmanes en què van perdre els seus embarassos les dones els casos de les quals em van colpir més també organitzen la temporalitat dels meus embarassos. Quan estic a punt de fer les 17 setmanes penso en l'Àlicia, que va haver de parir un fetus petit que en realitat havia mort un mes enrere i em pregunto si jo podria ser ella; a les 18 tinc present la Luz i la seva criatura intersexual i a les 19 la Coral i la seva bessonada, totes dues, rel d'una infecció, van parir uns fills que no podien sobreviure, i em pregunto si em passarà com a elles; més endavant penso en la Sònia, que va decidir induir l'avortament a la setmana 20 després que es trobés una malformació al cervell del seu fetus, i prego perquè no em passi com a ella; una mica més enllà penso en la Kim i en la Rafif, que es van posar de part a les 22 i a les 24, per una condició de salut l'una i per una agressió l'altra, i no sé si els seus nadons van viure. A les 30, penso en la Sílvia, la primera pèrdua que vaig observar i la que em va fer estar més d'un mes i més de dos platejant-me si volia continuar amb el treball de camp. Finalment, a les 36 penso en la Farad, el Hassim i la Nur, que van perdre la seva filla i neboda i a qui vaig acompanyar a veure el cos del bebè a la morgue. Em toco la panxa i li dic que es quedi amb mi.

Començo a escriure aquesta tesi estant embarassada del meu primer fill, la continuo estant embarassada del segon: rellegeixo al diari de camp els noms d'aquestes dones, escric i reescric les seves històries, i les seves paraules, el seu dolor, la seva serenitat, i els seus rostres em van tornant, i també, molt clars, la imatge i l'aspecte físic d'alguns dels seus fills i filles, els que vaig veure, que m'apareixen a la nit, entre la vigília i el son. Demà jo podria ser elles, i el nen que porto podria ser com els seus per sempre.

Tanmateix, a banda d'aquestes més lligades a l'experiència o a l'experiència vicària, la major part de les fites o fronteres estan marcades des de l'àmbit ginecoobstètric: des del test d'embaràs a la data probable de part, passant per les diverses ecografies o la data en què es consideraria que el nadó ha nascut a terme, és a dir, sense prematuritat. A més, hi ha fites invisibles, o que només són visibles per a les professionals, com ara la viabilitat del fetus o la calcificació dels seus ossos. Aquestes fites sovint determinen la gestió de la pèrdua i el grau d'importància que es dóna a una pèrdua d'embaràs, la qual cosa pot arribar a ser molt violenta per a la dona que, amb la col·laboració d'aquest espai ginecoobstètric, pot haver-se anat construint una subjectivitat materna que de sobte es posa en qüestió.

I entremig d'aquella percepció temporal lineal, quasi asèptica, i les fites mèdiques, hi ha els cossos canvians de la dona i de l'ésser en gestació. El cos en gestació és un cos que muta molt ràpidament, que creix, que s'agafa a una paret uterina, que desenvolupa cor i ossos, genitals i greix i pulmons, i tots aquests canvis corporals, que per descomptat influeixen a l'hora de marcar les fites de la pràctica clínica, tenen conseqüències a l'hora d'experimentar la pèrdua.

En una metàfora musical, la percepció temporal lineal de l'embaràs seria el temps de durada de la peça, des de l'inici fins al final; els canvis corporals de la dona i l'ésser que gesta serien la melodia, la música tal com la podríem tocar, cantar o xiular fins i tot els que no sabem música perquè és l'ànima de la peça; les fites marcades per l'experiència i per la pràctica mèdica serien les notacions de la partitura: el ritme a què ha d'anar el metrònom, els *pianissimos* i els *andantes*, els símbols dels *crescendos* i dels *diminuendos*. L'embaràs, amb les seves pèrdues, és tot això que sona, amb afonies, galls i esgarips inclosos.

6.1. Fites ginecoobstètriques en el primer trimestre

6.1.1. Setmana 4. Pèrdues al voltant del test d'embaràs

Quan hi ha cerca activa d'embaràs, com he mostrat al capítol 3, la subjectivitat materna ja ha començat a formar-se i un test negatiu pot ser viscut com una pèrdua, una frustració d'un projecte vital important. En els casos de fecundació in vitro, a més, la dona sap que porta un «embrió» a l'úter i en pot haver vist imatges que han començat a transformar l'òvul fecundat en alguna cosa més. Després d'una fecundació in vitro, la prova d'embaràs no es fa mitjançant un test d'orina, que ofereix un resultat categòric binari (sí o no; ratlleta o res), sinó mitjançant una anàlisi de sang que ofereix un valor numèric continu, que pot ser més gran que zero, és a dir que l'embrió s'haurà implantat, però que pot considerar-se suficient o insuficient per prosseguir amb l'embaràs, o fins i tot pot entrar en un terreny ambigu i que calgui esperar un possible avortament espontani al cap d'uns dies. Tot i que la dona i/o la parella ho puguin viure com una pèrdua, aquest «fet» no és tractat com a tal, sinó que sempre acaba caient en el binarisme i és tractat com un test negatiu: no estàs embarassada i l'«embrió» que havies vist en fotografies no era res.

Aquí em cal entonar un *mea culpa*, ja que jo mateixa, per a les entrevistes, no vaig incloure persones que haguessin patit aquesta mena de pèrdues dins la mostra. Per sort, l'Alba, una de les participants entrevistades m'explica com se sent una de les seves millors amigues, que ha passat per tres FIV que no han tirat endavant:

Y mi colega decía que siente que... que hay cero empatía. Que incluso un poco que medio la culpan porque «Ah, has esperado demasiado, eres muy mayor...», estos temas. Luego el discurso de «Pues adopta», y luego que ella siente que la gente no legitima su tristeza como una pérdida. Porque ella me dice «Tú has tenido por ejemplo los abortos [...] y la gente como que se apiada de ti en plan «Ay, pobre, has tenido unos abortos, lo sentimos, queremos acompañarte, tal» ... Relativo, pero bueno, entiendo lo que quiere decir. Mientras que ella piensa «Yo he tenido tres FIV que no han funcionado, he tenido dolores muy fuertes después, reglas dolorosas, eran embriones ya... Sí, porque son de seis días. Lo único que no se han implantado, y esto nadie lo ve como una pérdida y es como que no tengo el derecho a decirlo, como si no tuviera derecho a estar triste porque no haya funcionado,

¿no? Porque la gente piensa que no hay nada... nada que lamentar, digamos, porque nunca ha habido nada». Y entonces ella esto lo vive mal, el no poder... No se siente legítima en la tristeza.

La Raquel, una amiga meva, també ho m'ho expressava així quan, després de dos intents fallits de FIV, en el tercer, l'anàlisi de sang donava un nivell d'hormones situat en un lloc insegur. El ginecòleg de la clínica li va dir que calia esperar uns dies a veure què passava. Mentre esperava, em va dir: «No em vull fer il·lusions..., però ara estic embarassada i em vull cuidar com una embarassada i fer vida d'embarassada. I si el perdo, ja podré plorar per un avortament. Almenys sentiré que ploro per *algo* de veritat».

6.1.2. Setmanes 4-7. Quan el batec encara no és detectable²⁰

Com s'ha explicat en el capítol 4, fins que no comença el seguiment de l'embaràs a les 8 setmanes l'embaràs pot no ser considerat com a tal per la professional i he posat com a exemple el moment en què vaig voler demanar cita amb la llevadora del sistema públic a les 4 setmanes del meu primer embaràs i no me la van donar, cosa que invisibilitza la pèrdua en l'espai ginecoobstètric i deixa les dones sense possibilitat d'acompanyament o de recursos per fer-hi front.

En espais ginecoobstètrics privats, però, sovint sí que s'atenen les dones abans de la setmana 8, però aleshores l'embaràs es nega explícitament. La meva amiga Isa, m'explica que quan va anar a la primera visita per la mútua, abans de la setmana 8 dient que hi anava perquè estava embarassada, el ginecòleg, fent valer la seva posició de poder, va respondre amb un to autoritari: «Aquí ningú està embarassada fins que ho dic jo». La Montse, a les 5 setmanes d'embaràs, es va trobar amb una resposta similar, també a la mútua:

I llavors surt la doble ratlla. I a més mira si jo era ingènua, o poc informada, o feliciana, que vaig dir: «Ah, pues ja està, estic embarassada, tindrem un fill», no? [...]. Vaig anar a la ginecòloga amb la meva parella, que també estava igual d'ingenu que jo en aquest món, vam anar súper feliços, en plan «*Estamos embarazados*», i ella va començar a dir «*Bueno, estáis embarazados... A ver, qué ha pasado: ha dado positivo. Pero esto no significa que estéis embarazados,*

²⁰ Amb els aparells més nous, el batec es pot arribar a detectar al final de la setmana 6.

porque aquí pueden pasar muchas cosas». I va començar a dir: «porque puede ser un embarazo molar, un embarazo ectópico, puede ser que resulta que dentro de unas semanas esto no vaya a término, pueden pasar muchas cosas que te hayan dado un positivo...». Que també vaig pensar... «Qué ceniza, la tía», no? En aquell moment ell i jo ens vam quedar així amb cara de besugos, en plan «Ala», i ens vam mirar en plan «Jolín, pues vaya mal rollo» [...] i ens va dir «No, no, tenéis que esperar dos semanas más y venir para la semana ocho». (Montse)

Tot i la possible bona intenció d'aquests professionals de protegir les dones de començar a construir una subjectivitat materna entorn d'un embrió que encara té bastantes possibilitats de no prosperar, el seu poc tacte dóna a entendre que no tenen en compte que la subjectivitat materna potser ja s'ha començat a formar i que per tant, i sobretot en el primer cas, cal un abordatge d'aquesta qüestió que, d'una banda, no negui l'embaràs, i que, de l'altra, amb delicadesa posi damunt la taula la fragilitat de la situació de l'embrió i les probabilitats que l'embaràs no tiri endavant.

6.1.3. Setmana 8. Pèrdues al voltant de l'inici del seguiment de l'embaràs

En la setmana 8, doncs, comença el seguiment de l'embaràs. A la sanitat pública, això generalment significa una visita amb la llevadora, que farà un recull de dades de la història clínica de la dona i de la parella si n'hi ha, la programació d'algunes proves (anàlisi de sang i ecografia de primer trimestre), i uns primers consells d'autocura i cura de l'embaràs, com són l'alimentació, la suplementació, la higiene i remeis per a les nàusees. En les meves observacions, només en el cas d'una dona de més de quaranta anys, trobo que la llevadora l'alerta del risc més alt que l'embrió tingui una trisomia, però en general no es fa cap esment de les probabilitats de perdre l'embaràs. En la sanitat privada, on el seguiment el sol fer un ginecòleg o ginecòloga, pot ser que en aquest moment ja es faci la primera ecografia. Com hem vist més amunt en el cas de la Montse, aquestes ecografies tenen el controvertit objectiu d'assegurar a la dona (i a la parella si és el cas) que hi ha batec, que l'embaràs continua endavant. Per una banda, això permet la detecció precoç d'avortaments espontanis retinguts, i per tant que la formació de subjectivitat materna no avanci gaire més, però per l'altra, en cas que sí que hi hagi batec, l'ecografia contribueix a fomentar el vincle, a refermar la subjectivitat

materna incipient i a convertir el fetus en un algú del qual es té una imatge en un moment en què la probabilitat de pèrdua de l'embaràs és encara molt alta, i a fer-ho abans que sigui possible detectar malformacions o establir el risc d'anomalies cromosòmiques (Boukydis et al., 2006; Rapp, 2000; Sedgmen et al., 2006).

6.1.4. Fins la setmana 12. Una fita estadística

Tot i que fins ara hem subratllat la ingenuïtat amb què sovint s'afronta el primer trimestre, també és cert que, com apunta l'Alba, popularment es diu que aquests primers tres mesos s'han d'encarar amb prudència perquè la probabilitat estadística de perdre'l o de decidir avortar per algun problema congènit és gran. Vet aquí la norma no escrita de no comunicar l'embaràs fins que no se n'han acomplert els tres mesos.

Ho vam dir als tres mesos i mig. O per ahí. Perquè jo sí que tenia aquest pensament de «I si surt Down?». [...] Jo pensava «Si surt Down, jo vull tenir la tranquil·litat de decidir què fer». I jo si era Down [...], jo tenia clar que si era Down avortava. (Montse)

Els estudis sobre el tabú de la pèrdua, el seu silenci i l'impacte d'aquest silenci, són nombrosos (per exemple: Betz i Thorngren, 2006; Cassidy, 2023; Hazen, 2006; Jaffe, 2017; Jones, 2015; Layne, 2003; Markin, 2016; Miller, 2015; Rowlands i Lee, 2010;, Randolph et al., 2021; Trepal, Semivan i Caley-Bruce, 2005; Van, 2001). Lògicament, el costum de no comunicar l'embaràs durant el primer trimestre (Babysitio, 2018; Brier, 2008; Nichols, 2022; Slater Tate, 2016; Willis, 2018) contribueix a generar el cercle viciós del mur de silenci o tabú de la pèrdua d'embaràs, això és, que malgrat «se sàpiga» que les pèrdues en aquest trimestre són freqüents, sense un cos d'històries explicades per les altres, sense l'experiència vicària, aquest «saber-se» no s'acaba de saber, i l'experiència de la pèrdua es viu en soledat, així que novament no se n'explica la història, i les dones no aprenem les unes de les altres ni com n'és de freqüent ni què se sent. Això també funciona un cop passat l'esdeveniment: La Berta explica que va estar molt trista quan va perdre el primer embaràs, i que, finalment, compartir-ho i

saber de les històries d'altres dones amigues i conegudes va ser el que la va ajudar a situar l'esdeveniment en un mapa de freqüències que la feia sentir menys sola:

E: Aquella primera vegada em va sentir molt malament, molt malament... Ho vaig passar molt malament, vaig plorar molt. I a més estava a urgències sola, perquè la meva parella estava amb els seus dos altres fills, i va ser dur, però bueno, em va durar poc.

Ma: Sí? Et va durar poc, la pena.

E: Sí, perquè comences a parlar amb gent i veus que, bueno, que és una cosa súper habitual, molt més del que sembla, en embarassos així al principi. Vaig anar parlant amb gent i «Ah, sí, sí, jo dels dos fills que tinc en vaig perdre un pel mig, no sé què...», i dius, bueno, deu ser el més normal del món. (Berta)

Quan l'Alba va perdre el seu primer embaràs tampoc ho havia anunciat a la família, no perquè volguéssin esperar els tres mesos de rigor, sinó perquè ella i la seva parella viuen lluny de les famílies respectives i els feia il·lusió dir-ho en persona. En aquest cas, «el anuncio fue... no fue un anuncio de embarazo, fue un anuncio de aborto».

Tanmateix, la major part de les participants entrevistades sí que van anunciar l'embaràs abans que acabés el primer trimestre.

Jo ja tenia *hasta* el nom, tot, tot. Fins i tot m'havien arribat a regalar alguna peça de roba i algun *peluche* [...]. Ho vaig llençar tot. O sigui, jo, quan em van dir que l'havia perdut, que el que havia expulsat era l'embrió, vaig arribar a casa i lo primer que vaig fer va ser ficar-ho tot dins d'una bossa i llençar-ho perquè no volia tornar-ho a veure. (Bea)

Sí, en aquest va haver-hi nom i tot! Li vam dir Max! Li anàvem a dir Max. [...] El Pepus ho va dir a molta gent, i enseguida va ser que no. (Carla)

Anunciar l'embaràs significa ser reconeguda com a embarassada, generar una identitat que catapultarà la subjectivitat materna i la *personhood* fetal, i integrar l'ésser que s'està gestant en una societat o en una família:

Me'n recordo molt de l'embaràs de la Neus [filla viva], que m'acabava de quedar embarassada, ho acabava de saber, i no ho volíem dir tan tan d'hora per tots els avortaments que havíem tingut, perquè encara no estava clar si lo de la heparina havia sigut bona sort, casualitat o què, i just es va morir la meva àvia, la mare de

la meva mare, i vam dir amb el Jordi «Diguem-li a la meva mare per donar-li una alegria, ja que se'n va la meva àvia, que arriba una altra persona, no?» (Berta)

Així doncs, no deixa de ser cert que la manca de prudència pot pagar-se cara. Les participants en les entrevistes que havien perdut més d'un embaràs i havien anunciat l'embaràs, rectifiquen quan tornen a quedar-s'hi, no dient-ho o dient-ho amb més precaucions.

Jo ja tenia *hasta* el nom, tot, tot. Fins i tot m'havien arribat a regalar alguna peça de roba i algun *peluche* [...]. En aquest [segon embaràs] no. Aquest va ser a la família i ja està. (Bea)

[...] El Pepus ho va dir a molta gent, i enseguida va ser que no. En els altres embarassos ja no, saps? (Carla)

Ma: Y cuando te embarazaste de Ulises [tercer embaràs, primer fill nascut viu], cuando lo hiciste público?

A: Esperé. Esperé los tres meses. O sea a las familias no, porque las familias además ya sabían de los dos abortos, ya estaban curados de espanto, y vamos... Aunque también me daban pena porque se hicieron... Con el segundo se hicieron un montón de ilusiones: «Ah, entonces es para abril», «Ah, qué guay, entonces vendremos, no-sé-qué...», ¿sabes? Entonces con el tercero fue «Ok, os lo digo pero no proyectéis, porque no quiero volver a pasarlo mal ni quiero que vosotros lo paséis mal» . Luego, [también se lo dije] a mi mejor amiga de aquí. Es contradictorio, porque sé que esto aumenta el tabú del aborto, pero no podía... Después de los otros dos, no podía gestionar el hecho de que todo el mundo lo supiera. O sea, quería poder contarlo cuando... A quién quisiera y cuando quisiera, si sucedía de nuevo. Y no tener que... a todo quisqui, que ya sabe que estás embarazada, tener que estar dándole explicaciones, no me sentía con fuerzas para algo así. Entonces, al resto, esperé tres meses, sí. (Alba)

La prudència en l'anunci mateix de l'embaràs també va ser la meva opció després d'haver patit una pèrdua i haver pensat sobre l'efecte perniciosos del tabú i alhora voler protegir-me. La prudència, però, es traduïa en expressar l'ambivalència: dir-ho, dir-ho tant a les persones més estimades com a persones només conegudes, però dir també que només estava d'x setmanes i que no sabia si tiraria endavant. No va acabar de funcionar: Un efecte de la norma de no dir-ho fins als tres mesos, quan ja es pot dir amb força seguretat, es feia notar:

les persones a qui ho anunciava no sabien com reaccionar a aquesta prudència i, o bé l'obviaven i em felicitaven, o bé em deien «Què dius, dona! Ja veuràs com tot va bé!».

Avui, ja en fase final d'escriptura de la tesi, pel carrer, ens trobem l'Aina, la llevadora que fa més de quatre anys seguia l'embaràs del Pere. Amb un to molt alegre ens anuncia així un embaràs de primer trimestre: «Ei, Aina, com estàs?», «Molt bé! Sabeu? Ens hem animat al segon [fill], a veure si evoluciona!», «Ostres, que bé! Doncs molta sort!». No em diu «Estic embarassada», no l'he de felicitar. Ho anuncia sense anunciar-ho, comparteix l'alegria sense donar-la per feta, i jo li desitjo sort sense donar-la per feta. Me'n vaig pensant que així dóna gust comunicar-nos, però que per això ha calgut que es trobessin dues persones que hi han pensat molt, en això de la pèrdua d'embaràs.

6.2. Singularitzacions, dessingularitzacions i relativitzacions

Tot i que «cuando te ocurre a ti es otro mundo» (Alba), ser ben conscients de la freqüència amb que ocorren les pèrdues de primer trimestre fa que, passat el primer cop, les dones puguem relativitzar el valor d'aquesta pèrdua. Quan ja no hi ha tabú que valgui i se sap per experiència pròpia o vicària que els embarassos de poques setmanes es perden fàcilment, els éssers en gestació de primer trimestre son menys persones i les dones son menys mares. D'entre els col·lectius de persones més conscients d'aquesta freqüència en sobresurten dos: per experiència pròpia, les dones que han patit avortaments de repetició (Côte-Arsenault, 2007; Mercadé, Torà i Figueras, 2017; Mills et al., 2014), i, per experiència vicària, les i els professionals de l'àmbit ginecoobstètric hospitalari. De fet, aquests dos col·lectius no és que siguin conscients d'aquesta freqüència, sinó que la seva percepció és alterada i perceben més freqüència de la que hi ha, ja que les unes carreguen en el propi cos més pèrdues del que els tocaria de mitjana, i les altres les atenen diàriament en un ambient on totes o gairebé totes les dones embarassades de primer trimestre que arriben, i n'arriben cada dia, arriben perquè tenen o temen una pèrdua, la qual cosa tampoc es correspon amb la freqüència en la societat en general.

Entrevisto tres dones que han patit dos o més avortaments espontanis seguits: la Berta, la Carla i l'Alba. Les tres coincideixen entre elles en el fet que la pèrdua del primer embaràs és dur perquè durant la curta durada de l'embaràs ja s'han vist a si mateixes com a mares. Per exemple, hem vist que la Carla i el Pepus posen nom a l'embrió i anuncien l'embaràs sense precaucions, i la Berta i l'Alba, que tot i que expliciten que no sentien que l'embrió fos una persona, tanmateix sí que projecten la seva vida amb aquest ésser que estan gestant:

Piensas «Ah, estoy embarazada», y *boom*, ya te ves con el bebé en brazos, cómo será, yo qué sé, lo que vas a hacer, la escuela... Es como... Millones de cosas. Era más la pérdida de un proyecto que una vinculación al ser que... (Alba)

En el moment en que vam dir «Va, ho intentem i ens hi posem», no sé, ja t'imagines tot el que... Com seràs com a mare... Com serà ell com a pare no, perquè jo ja sabia com era ell com a pare... Projectava coses, i m'imaginava «Ai, on el farem dormir? Amb els germans? Sol?» (Berta)

Les pèrdues subsegüents també son dures, fins i tot més, però ja no ho són per la mateixa raó. Les informants ja no esmenten aquesta mena de projeccions, sinó que diuen que comencen a pensar que potser mai no podran ser mares.

El segundo fue más duro porque ya... Yo ya me planteaba «Bueno, a lo mejor hay un problema». Ya no es una cuestión de una estadística del no-sé-cuanto por ciento tiene un aborto. Ya estamos hablando de dos. (Alba)

Aquesta vegada va ser pitjor que la primera perquè clar, encara que et diguin [les professionals] que és casualitat²¹, jo ja pensava «Què raro...» [...] Jo ja em vaig preocupar, diguéssim. El primer tothom et diu: «Al cinquanta percent o no sé quin tant percent li passa això». Vale, bueno, doncs ho vaig pair i ja està. I el segon jo sí que recordo estar davant de la ginecòloga de l'hospital i dir-li «Vale, és que he tingut dos avortaments en tres mesos, saps? Ja m'estic preocupant». I em van dir «No, no, dos no es considera res». Es considera dins el món de les casualitats. I jo «Home, però vols dir?» Jo ja volia que m'ho miressin i que em fessin alguna prova. (Berta)

²¹ Clínicament, fins que no s'han patit tres avortaments no es considera un cas d'avortaments de repetició que justifiqui fer proves per determinar un problema de fertilitat, sinó que es tracta com una casualitat.

C: El segon avort, sí que va ser com de «Això ja no m'agrada gens».

M: Per? Perquè pensaves «Tinc un problema» o perquè...

C: Va ser sobretot «No puc». O sigui, amb el primer vaig pensar «Bueno, això passa a vegades», però el segon va ser com un «No passa», saps?, «Això no passa, això no li passa a tothom». Total, que llavors, amb el segon, sí que em vaig començar a preocupar de «Bueno, algo passa aquí», saps? I més ganes em van vindre de ser mare, crec. (Carla)

Experimentar avortaments de repetició fa que els embarassos comencin a ser menys singulars, pèrdues menys viscudes com a pèrdua i més com a discapacitat. La dessingularització dels embarassos és tan clara que afecta el record de la Berta i de la Carla:

Hòstia, és que em costa molt recordar els sentiments del primer, perquè com que n'hi va haver molts...! (riu) Clar, és que jo he estat embarassada cinc vegades, saps? [...]

Em costa molt separar les dues experiències perquè a més va ser en el mateix moment [mateixa edat de gestació], amb els mateixos símptomes, en el mateix lloc, les mateixes urgències... (Berta)

A la Carla li passa el mateix: abans d'explicar que al primer li va posar nom i a la resta ja no, ha de fer un exercici de memòria:

Ca: Em va impactar molt haver avortat... No va ser per ell, no va ser en plan «el meu bebè», no. Va ser més la projecció mental. [...] És que no va donar temps, jo crec. Bueno, tampoc me'n recordo tant, però no va ser tant una qüestió de... O sí... Ara m'està venint... Clar com que n'hi ha hagut quatre pel mig no me'n recordo molt... Però sí, en aquest va haver-hi nom i tot! Li vam dir Max! (Carla)

Com s'ha apuntat, l'altre col·lectiu amb una gran experiència amb les pèrdues de primer trimestre són les professionals de l'hospital d'Ossina. Tant les llevadores com les ginecòlogues amb qui parlo coincideixen amb el fet que veure'n tantes, veure'n cada dia, accedir de primera mà a aquesta normalitat augmentada, les ha dessensibilitzat. El mateix em passa a mi: quan ja porto uns quants mesos fent treball de camp, relativitzo la importància de les pèrdues de primer trimestre i deixen d'emocionar-me. Les professionals, sobretot les professionals més joves, estan al cas de la importància de mostrar-se empàtiques amb aquestes pèrdues d'embarassos amb poc recorregut, d'entendre que la dona que perd aquest embaràs

passa pel dol d'un projecte vital o pel dol del que elles senten com un fill. També els darrers protocols de l'Hospital Clínic i l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, 2023), en què se solen basar els de l'hospital d'Ossina, esmenten l'existència d'aquest dol i la necessitat d'informar la pacient no només sobre l'existència del dol sinó també sobre els signes d'alarma que l'haurien de fer recórrer als serveis de salut mental. Tanmateix, les professionals confessen que encara es tracta d'una assignatura pendent i m'expliquen la dificultat de resoldre-la:

Segueixo xerrant amb la Laia [ginecòloga], que just abans de marxar cap a casa em diu que els metges s'han de treballar el fet de considerar els avortaments de primer i segon trimestre com una pèrdua igual d'important que les altres, perquè encara que per a ells un embrió no sigui res i en vegin cada dia, per a les dones sí que és el seu fill. «Ens hem de posar les piles amb això», diu. (Diari de camp, 2 de juliol de 2018)

La Marina [llevadora] m'explica que, tot i saber que per a les dones son fills, no pot permetre's connectar amb el dolor d'una pèrdua de primer trimestre. «Si cada dia he de connectar amb el dolor de dues o tres mares que perden el seu fill, al final em quedo feta merda jo», «jo també m'he de protegir». Diari de camp, 8 d'abril de 2018

De vegades, professionals molt conscienciades de la importància de l'empatia en aquest moment, i potser influenciades per la meua presència, poden anar més enllà de mostrar-se comprensives, pròximes i d'acompanyar el dolor, a afirmar directament la relació mare-fill i, per tant, a incrementar el sentiment que l'embrió és un fill o un bebè que es perd i exacerbar el dolor. Un exemple d'això és aquesta escena, bonica al principi, incòmoda al final:

Al cap d'una estoneta arriba una dona [Lourdes] de 44 anys embarassada de primer trimestre amb pèrdues. L'atén la doctora Eva García, però no m'avisa d'entrada, ni jo estava al cas, sinó que em fa cridar més tard. Quan entro a la sala, hi ha la dona estirada, amb una altra dona al seu costat, i l'Eva li està fent una ecografia abdominal. Veig que quan arribo ja li ha donat la notícia, perquè la dona està plorant. La dona estava embarassada de 6 setmanes, s'havia fet el test d'embaràs que havia donat positiu, però mai no s'ha vist imatge ecogràfica. L'Eva explica que li fa una ecografia perquè com que no ha vist res a la matriu s'ha d'assegurar que no està implantat en algun altre lloc: «Perquè si veus el sac més avall, o restes, saps que és un avortament i ja està... Bueno, i ja està, no –diu agafant-li el braç- que passen més coses... però a nivell mèdic ja està». L'Eva li

pregunta com està a la dona. La dona diu «Bé, bé, ara ja m'he desfogat... en realitat ja tinc una filla...». La dona es mira l'acompanyant, que també plora, i ens explica que ella també està afectada perquè també va passar pel mateix fa anys. «Clar, i t'ha remogut...», diu l'Eva, «És que de vegades volem fer veure que no passa res, i sí que passa... Al final és un fill..., sigui gran o petit, però és un fill...». La dona no diu res, però jo diria que no se sent còmoda amb les paraules de l'Eva. «De fet», continua l'Eva, «he cridat la Maria, que és psicòloga i et pot ajudar si ho necessites». Jo saludo des del fons de la sala i penso que em vull fondre. ¿Com se li acut dir-li que allò era un fill? ¿Com se li acut dir-li que hi soc per ajudar i fer-me assumir les seves definicions? (Diari de camp, 4 d'abril del 2019)

La Lourdes, a qui després vaig entrevistar, confirma que la doctora García va anar massa enllà:

Ma: Escolta, mira, m'enrecordo molt d'unes paraules que et va dir la doctora que et va atendre quan hi era jo, que era...

J: Que estigués tranquil·la...

Ma: Bueno, que tenies permís per plorar, o algo així, perquè era el teu fill. Tu te'n recordes?

J: Això fa mal. Clar, jo me'n recordo de la meva filla [anterior], que jo, quan vaig anar allà, el cor, petitet, tal... i és com... Però amb aquest no m'havia donat temps a res. Llavors, jo no m'ho volia prendre així. Llavors clar, aquestes paraules son dures.

[...]

Ma: Tu no l'havies pensat com a fill.

J: Sí i no. Com que tenia pèrdues, allò que dius «Sí, però amb calma». Llavors no... Clar, jo soc molt racional, amb les coses.

[...]

J: Clar, una cosa és que et va passant, però quan sents les paraules de que has perdut el teu fill... sí que fa mal.

Aquesta possibilitat de fer més gran el dolor en afirmar-lo per mitjà de l'empatia en casos de primer trimestre és l'argument que donen algunes professionals, normalment ginecòlegs o ginecòlogues més grans, per no considerar-los importants i considerar-los un mer procés fisiològic. En aquest sentit, durant el treball de camp a l'hospital d'Ossina tinc dues converses que comencen d'una manera similar, però que acaben de manera molt diferent:

A ell [dr. Taulé, que porta les visites post quarantena de pèrdues d'embaràs avançades] no li agrada gens tota aquesta rellevància que s'està donant a les

pèrdues de primer trimestre. «Aquesta noia²² ha tingut dues pèrdues de 8 setmanes i en fa el gran drama». El doctor diu que li sembla que s'està creant una patologia allà on no n'hi havia cap, que un embrió de primer trimestre encara no és res, i que perdre'l «és més una experiència fisiològica que una experiència traumàtica». [...] Jo em mostro en desacord amb ell, li dic que no s'està patologitzant res, sinó que es posa de relleu una experiència que afecta moltes dones i de la qual no es parla, que una experiència fisiològica també pot ser traumàtica, i que encara que no totes les dones ho visquin com una experiència dolorosa, n'hi ha moltes que sí, i que a aquestes se'ls ha de reconèixer la pèrdua. Ell em diu que es tracta d'una experiència individual que s'ha de tractar individualment, i que si una dona necessita anar al psicòleg, que hi vagi, però que ara sembla que totes hagin de patir els avortaments de primer trimestre de manera traumàtica. Diu que aquesta experiència individual només esdevé social quan hi ha panxa, quan hi ha bebè, quan la gent pot reconèixer una dona embarassada i després de la pèrdua pot dir «Què ha passat?», «On és el bebè?». Entenc què vol dir ell amb «patologitzar»: li fa por que les dones que no viuen aquesta pèrdua de manera dolorosa i poden passar pàgina ràpidament, després dels discursos que donen importància a la pèrdua, puguin sentir-se culpables per no sentir dolor. El Taulé no ho expressa així, però la normalització d'aquest dol pot arribar a formar part del que s'entén per una dona o una mare normal. Una dona pot arribar a sentir-se mala mare si no sent aquest dolor. Finalment em diu que ell és molt antic i molt clàssic, i que hi ha metges més joves que ho veuen d'una altra manera. També m'explica que per aquest motiu ell no porta temes d'esterilitat i infertilitat, perquè tot aquest drama li sembla una exageració. «Si no pots, doncs no pots, i ja està, no passa res». (Diari de camp, 27 de setembre de 2018)

Mentre que el dr. Taulé només pertany al grup dels ginecòlegs i valora la situació des del privilegi de la distància professional, la dra. Espeso a més de ser ginecòloga també ha estat una dona que ha patit pèrdues d'embaràs al primer trimestre repetidament.

[La doctora Espeso] em pregunta si he vist la notícia del cementiri de Cervera, que ha fet un espai per a les pèrdues durant l'embaràs. A la notícia es fa referència a les pèrdues d'embrions i fetus petits, que no es poden enterrar perquè les restes se les queda l'hospital. Li dic que sí, que vaig veure la notícia, i que últimament estan sortint moltes coses. Li explico que a Vall d'Hebron fan unes caixetes de record, que ara la Paula Bonet ha publicat un llibre... Ella no coneix la Paula Bonet, però s'hi mostra interessada i se n'apunta el nom. Després em diu que a ella li fa «una mica de cosa», tot això. Es pregunta si no se n'està fent un gra massa, amb embrions tan petits, li preocupa que tot això no faci menjar més el coco a les dones.

²² Fa referència a l'artista Paula Bonet, que després de publicar a les xarxes un post sobre la seva pèrdua d'embaràs, publica el llibre il·lustrat *Roedores. Cuerpo de embarazada sin embrión* (2018) sobre el mateix tema.

Em diu que ja sap que quan una dona es queda embarassada de seguida comença a projectar un fill, però que, esclar, no és el mateix que perdre un fetus de 6 mesos o de 5 que un embrió de 8 setmanes. No ho acaba de veure clar, tot això, i em pregunta què en penso. Jo li dic que és evident que no és el mateix perdre un fetus de 30 setmanes que un de 8, però que penso que no cal comparar el dolor, que el fet que una pèrdua de 30 setmanes sigui més dolorosa no significa que la de 8 no ho hagi de ser gens, i que aquestes pèrdues també mereixen el seu reconeixement, també mereixen que et diguin «Ho sento». La Laura [Espeso] em diu que és veritat, que tinc raó. M'explica que ella va tenir dos avortaments de primer trimestre i ho va passar molt malament. Però ella, quan plorava, es deia a si mateixa: «Però què fots, plorant? Si és una merda d'avortament! Si en veus cada dia! Vols fer el favor, Laura?!». Per sort, una llevadora la va agafar per banda i li va explicar que el que estava passant era un dol, i li va passar un llibre que li va anar molt bé. De tota manera, segueix sense estar convençuda que s'hagin de fer espais en cementiris i caixetes de record. Li dic que jo no sé quina mena de rituals s'han de fer, ni crec que tothom tingui les mateixes necessitats. Li explico que quan vaig tenir l'ectòpic jo no vaig fer rituals de cap mena, que no he guardat ni fabricat cap record material, però que en canvi estic dedicant la vida a aquest tema, que mai abans se m'havia passat pel cap, fer un TFM o una tesi sobre això. Em diu que ella també es va especialitzar en temes de fertilitat des que li va passar això dels avortaments. (Diari de camp, 6 de novembre de 2018)

La doctora Espeso, doncs, pertany als dos grups, tot i que ja fa molt de temps de les seves pèrdues quan en parla. Quan la doctora Espeso explica que es renya a si mateixa per estar trista, veiem com entren en joc dues subjectivitats, la de ginecòloga i la de mare embrionària, que entren en contradicció. Finalment, però, les dues subjectivitats aconsegueixen entendre's, reconeixent que els avortaments importen fins al punt de dedicar-hi la carrera professional.

Una altra professional que ha tingut diverses pèrdues d'embaràs és la Rita. La Rita la conec en tant que pacient de la Isabel, la psicòloga de l'ASSIR, i fa sis anys que treballa de biòloga en una clínica de reproducció assistida. Arriba a la consulta després de la tercera fecundació in vitro. En el seu cas, li passa al contrari que a l'Alba, la Berta i la Carla: la freqüència amb què a la feina veu fecundacions in vitro que no prosperen, fa que les projeccions no es disparin tan ràpid en els primers embarassos o FIVs fallides, i que en canvi sigui en el tercer embaràs/intent que, tot i que es perd molt aviat avança una mica més que els

altres, es produeix una mena de singularització, una vinculació, una projecció i una crisi. Quan explica la seva història reproductiva a la Isabel, la Rita fa servir sempre un vocabulari tècnic, que només s'amaneix de diminutius i mostres d'afecte en el tercer. La Rita explica que en el primer intent de FIV va sortir una «beta²³» positiva, però que al cap d'uns dies va tenir un «avortament bioquímic»²⁴. Pel que fa al segon intent, la beta va sortir negativa des de l'inici, no hi va haver implantació. Quan va fer el tercer intent, va sortir una beta positiva i molt alta, i quan la va veure ja li va dir a la parella que probablement n'hi hauria dos, i, efectivament, quan a les sis setmanes li van fer una ecografia²⁵ hi havia dos «saquets». Tanmateix, quan va veure les fotos dels «blastocists» va veure que un d'ells tenia una membrana que no li agradava, i li va dir a la seva parella que era probable que només en visqués un. La Rita explicava que n'hagués tingut prou amb un, que hagués estat contenta de les dues maneres. Van tornar a la setmana 7, quan normalment ja es pot sentir el batec, però no se sentia. Van esperar una setmana més, i seguia sense sentir-se. La Rita explica amb llàgrimes als ulls que abans de la confirmació de l'avortament retingut, cada nit, quan la seva parella arribava de treballar li feia un petó a ella i dos petonets a la panxa. A la setmana 7, quan els van dir que no se sentia el batec, va deixar de fer-li els petons a la panxa. Pel que fa a l'anunci de l'embaràs, no havien dit a la família que estaven en un procés de reproducció assistida, i no arriben a compartir la notícia de l'anterior avortament ni de la FIV fallida. Tanmateix, en veure l'ecografia que mostra els dos embrions, sí que comparteixen la notícia amb la família d'ell, i la precaució consisteix a no dir que n'hi ha dos. El sogre de la Rita, quan ho va saber, va començar a dir que ja li veia la carona i que el portaria a la piscina. La Rita plora molt quan repeteix les paraules del seu sogre, i diu que li sap més greu per ell que no pas per ella mateixa. Ara, després del raspap, la Rita es passa el dia al llit sense fer res, sense llegir ni mirar sèries, «com catatònica», mirant el buit.

²³ Hormona de l'embaràs

²⁴ Avortament d'un embaràs del qual només es tenen proves bioquímiques, que no s'ha observat per ecografia.

²⁵ A les clíniques de reproducció assistida es comprova ecogràficament l'embaràs a la setmana 6 o 7, per després derivar-lo als serveis de seguiment de l'embaràs normal. Depenent de la màquina i dels cossos, pot ser que a la setmana 6 ja pugui sentir-se el batec.

Aquest cas no només ens ensenya com l'aprenentatge professional i les repeticions poden modificar el curs «normal» de les emocions en pèrdues repetides, sinó que ens mostra dues coses més. Una d'elles és que la *personhood* de l'embrió i la subjectivitat maternes no es creen d'una vegada per totes, sinó que poden anar apareixent i desapareixent (per exemple en els dos petons a la panxa), mostrant-se de manera desigual (quan diu que ja li va bé que només en visqui un) i matisant-se (en el vocabulari tècnic) o aprofundint-se (en la relació amb el sogre).

Tanmateix, el cas de la Rita també ens ensenya que, si bé és certa la relativització produïda per la repetició d'avortaments, també és clar que cada embaràs és singular en trobar-se en un context únic i exclusiu. Com més diferents siguin entre si els contextos i les característiques de l'embaràs, els desitjos i projectes que s'hi associen, més fàcil és que enlloc de relativitzar-se se singularitzin, i que aquesta singularització fomenti una *personhood* i una subjectivitat materna noves per a cada embaràs.

La Bea, que després de perdre un embaràs de vuit setmanes, va perdre'n un a les dotze per interrupció legal de l'embaràs en assabentar-se que el fetus tenia malformacions i síndrome de Down, té dues experiències prou diferents com per no viure-ho com una mera repetició i poder recordar distintament cadascun dels embarassos. La Coral, després de perdre una bessonada (al segon trimestre) i quedar embarassada de nou amb un únic fetus, diu a la sessió de teràpia psicològica amb la Isabel que està contenta de tornar a estar embarassada, però trista perquè ja no serà «la mare dels bessons». Per a la Montse, que ja tenia un fill, tenir el segon significava també anar a viure en un lloc més gran. Ella ja era mare, no construïa una subjectivitat materna de bell nou, sinó que aquest embaràs significava donar un germà al seu primer fill i consolidar-se com a família normativa amb projecte de creixement, no només en nombre de membres sinó també d'espai. Però en una mateixa setmana tot es va ensorrar:

¿Saps això que diuen que les dones, quan són mares a vegades canvien l'escala de valors? Pues a mi m'ha passat. I des d'aquí sí que jo tenia la necessitat o la il·lusió de ser mare per segon cop, per mi, però hi ha un pes major inclús que era per no deixar el meu fill sol. (Montse)

Llavors va ser una setmana dura per mi, perquè a la meua parella el van fotre fora de la feina, que afecta a la unitat familiar, ens afecta, i a més a més em van dir que, bueno, que l'embaràs no... no anava a terme. Llavors la setmana anterior estàvem buscant casa pensant que seríem quatre, feliç... Bueno, jo... Els dos feliços de buscar casa, però jo més feliç que ell, però els dos contents, en el fons, perquè ell ja s'estava fent a la idea de «*Bueno, como seremos cuatro, mejor tener una casa... que haya una habitación así...*», no?, ell estava fent plans de que *seremos cuatro*, no? La setmana anterior buscàvem casa i anàvem a tenir un altre fill, i la següent setmana, doncs no podíem buscar casa perquè ell s'havia quedat sense feina i el nen no... resulta que s'havia parat. Llavors va ser una setmana molt molt dura per a mi. Molt, molt, molt, molt. M'ho vaig passar fatal. (Montse)

Com hem vist al capítol 4, una de les maneres de donar estatus de persona al fetus és incloure'l en una categoria social, i la categoria social que per excel·lència s'assigna durant la gestació és el sexe-gènere. Al primer trimestre, en general no se sol tenir informació del sexe del fetus, que, com també hem vist, se sol determinar per mitjà de l'ecografia anatòmica del segon trimestre, quan els genitals ja s'han desenvolupat prou com per distingir-los. En alguns casos, però, es pot conèixer el sexe, ja sigui perquè s'ha fet un procés de reproducció assistida amb selecció d'embrions que s'han analitzat cromosòmicament per evitar certes malalties incompatibles amb la vida, ja sigui perquè s'ha fet el test d'ADN privadament a les 10 setmanes d'embaràs, ja sigui que es fa l'anàlisi després de l'avortament per saber si el motiu de l'avortament és cromosòmic i evitar-lo en el futur. Aquest últim és el cas de la Montse, que explica així l'experiència de conèixer els cromosomes sexuals de l'embrió:

Em van dir que era per una trisomia del cromosoma 21²⁶, i em van dir que era una nena. I el fet de que [plora]... de que em diguessin el sexe, no perquè fos nena o nen, però el fet de que em diguessin el sexe, em va causar molta tristesa també, perquè és com que vaig personalitzar més, vaig posar-li més personalitat al bebè. [...] Sí, allí vaig tenir un altres cop un *bajón* emocional, *bueno*, vaig estar trista uns dies. Perquè el fet de saber que és una nena em vaig sentir més a prop d'ella i em va *sapiguer* molt de greu... em va donar pena, molta pena. Em va alegrar saber que era una nena... com si hagués sigut un nen, eh!
[...]

²⁶ No analitzem el fet que es tractés d'un embrió que hagués desenvolupat síndrome de Down perquè la Montse, en el moment de l'entrevista, pensava equivocadament que una trisomia en el cromosoma 21 equivalia a una «malaltia incompatible amb la vida».

Ell [el ginecòleg] no m'ho va dir [...] però una vegada a casa vaig llegir l'informe i sí que vaig llegir que, a més a més, era de *sexo femenino*, i llavors em vaig posar a plorar. A més jo ja havia pensat noms, i llavors em va fer molta pena. Si era nen tenia pensat un nom, i si era nena tenia pensat un nom.

Ma: El posaràs, aquest nom, si et tornes a quedar embarassada?

Mo: No, no. És el seu nom. Ella forma... O sea, quan penses quants fills tens... [...] Si m'ho pregunten sempre dic, doncs jo tinc un fill que es diu Gael, no? Però per dins penso «Bueno, i en el fons també en tinc un altre», no?, que va marxar súper d'hora, però també he sigut mare d'una noia, la Queralt. I Queralt és un nom que es quedarà... És el seu nom.

Si, com també comentàvem al capítol 4, les dades cromosòmiques porten a determinar el sexe i el sexe porta a determinar el gènere, al seu torn, el gènere pot portar a determinar el nom, màxima expressió de l'individu singular.

6.3. Cossos que expulsen cossos

Fins aquest punt del capítol ens hem centrat en la pèrdua d'embaràs com la pèrdua d'un projecte o fins i tot d'un ésser amb estatus de persona. Hem vist com se l'adopta i se'l singularitza posant-li nom o projectant la seva vida en imaginar en quina habitació dormirà o a quina escola anirà, i com se'l fa membre d'una família i d'una societat mitjançant la comunicació de l'embaràs. Fins aquí, aquesta «persona» s'ha entès des del seu sentit simbòlic. Tanmateix, també és cert que, per petit que sigui, l'ésser que s'avorta és també cos, i la seva pèrdua implica una expulsió —un part— o una sostracció, que impliquen processos corporals o quirúrgics, que signifiquen entrar o no en contacte amb la materialitat del fetus, que comporten dolor físic i que, com veurem, també tenen la seva càrrega simbòlica.

Deixant de banda la gestió dels embarassos ectòpics, que ja vaig explicar a Verdaguer (2019) i que no he tornat a observar en el treball de camp, el més usual en un avortament de primer trimestre és, o bé adonar-se de la pèrdua gràcies al sagnat, en el moment en el cos ja ha començat el procés d'expulsió de l'embrió o fetus, o bé que es detecti per mitjà d'una ecografia la mort d'un embrió abans que el cos en desencadeni l'expulsió. En aquest darrer cas, hi ha actualment tres maneres de gestionar la sortida del cos fetal mort del cos de la dona: 1) la quirúrgica, coneguda com a raspat, legrat o aspiració; 2) la farmacològica, en què la dona,

a casa seva, pren un fàrmac que provoca les contraccions uterines per a l'expulsió, 3) l'expectant, que implica esperar que el cos de la dona desencadeni l'expulsió del cos del fetus per si sol.

6.3.1. Expulsions espontànies

El sagnat durant el primer trimestre, malgrat que no sempre impliqui pèrdua d'embaràs, és el signe que ens posa en alerta i ens fa consultar als serveis de salut. Aquesta manera de perdre l'embaràs de primer trimestre és la que les dones entrevistades consideren més natural i aproblemàtica, i en donen pocs detalls corporals. Es comenten el dolor de les contraccions («[...] fue... fue como una regla fuerte», Alba) i la impressió de veure tanta sang («[...] era bastant carnisseria, allò», Berta), així com, en alguns casos, el fet de poder distingir l'embrió d'entre la resta de sang i teixit que s'expulsa:

B: El vaig perdre natural, val? Va ser un matí, vaig anar al bany i havia tingut moltes pèrdues, vaig anar a l'hospital, i em van dir que no se sentia el batec ni res. Jo, amb la il·lusió de poder tenir aquell nen, em vaig voler esperar un parell de dies a veure si recuperava el batec, però durant aquests dies seguia perdent, i una de les nits vaig anar al bany i vaig perdre el...

M: L'embrió?

B: L'embrió. El dia següent vam anar a l'hospital i em van dir que no hi havia res. (Bea)

I així ho observo jo a l'hospital d'Ossina:

Vaig amb la Laia a veure una pacient de 41 anys, embarassada d'11 setmanes, que té pèrdues i dolor. La dona ve acompanyada de la seva filla de 17 anys. Expliquen que va començar a tenir pèrdues la setmana passada i que li van fer una ecografia i tot estava bé. Però ha continuat perdent, i aquesta nit ha perdut molt, i amb coàguls, així que han decidit tornar. A la dona se la veu amb cara d'estar-ho passant molt malament, la filla està preocupada però molt sencera. Diu que han portat la compresa amb el que ha tret aquesta nit. La treu de la bossa, la desembolica amb compte, i ens ensenya la compresa tacada amb un coàgul. La Laia s'ho mira, i diu: «Bueno, vamos a ver». Pregunta si era un embaràs buscat, i la dona diu que sí que era desitjat. Primer mira el sagnat, que és poc abundant. Després fa una ecografia vaginal. Jo ja veig que no hi ha res. La Laia diu «Bueno, os cuento» mentre enfoca el monitor cap a elles. «Esto de aquí es el útero, y ya no queda nada. Cuando viniste el viernes e hicieron la ecografía todavía estaba, pero ahora ya no hay nada». «No

hay bebé?», pregunta la filla. «No, no hay bebé. [La dona gemega] Es un aborto que ya has expulsado tú misma [...] probablemente aquel coágulo de la compresa que me habéis enseñado era el saco con el pequeño embrión dentro». La dona continua plorant. (Diari de camp, 13 de novembre de 2018)

Que les dones sentin que, dins la tristesa, aquesta manera d'avortar és poc problemàtica i tendeixin a donar-ne pocs detalls, no significa que, analitzant-ho amb una mica més de detall, aquests problemes no existeixin. El tabú de la pèrdua de l'embaràs al primer trimestre també fa que les dones no sapiguem com és el procés corporal de l'avortament, de manera que notar o saber que el que s'ha expulsat amb dolor és l'embrió també pot causar sorpresa en algunes dones com la Violeta, una coneguda que m'explica que quan va avortar, ningú li havia explicat que allò seria com un petit part, que ningú li havia parlat del dolor, de tota la sang o que podria veure, al fons del vàter, l'embrió.

6.3.2. Avortaments retinguts

Un avortament retingut no és essencialment diferent d'un avortament que s'expulsa de manera espontània, sinó que senzillament significa que la seva detecció es fa per ecografia abans de l'expulsió, ja sigui perquè no hi ha batec, ja sigui perquè la mida de l'embrió no correspon a les setmanes d'embaràs.

Fuimos a la primera visita y allí cayó el jarrón de agua fría [...], el embrión estaba allí pero no había latido. Y claro, eran ya once semanas y tenía el tamaño de uno de cuatro o seis o algo así. De seis, creo que era. [...] Y entonces fue duro porque claro, no te lo esperas... O sea, yo ya sabía racionalmente que es algo que puede suceder, porque... porque sí, porque le había sucedido por ejemplo a la prima de Nico antes, a la amiga de una amiga... [...] Cuando te sucede a ti es... es otro mundo. Es, no sé, una decepción enorme, una tristeza enorme, y luego el hecho también de que fuera aborto retenido, que no es que me enterara porque ya estaba sangrando, sino que te lo anuncian. (Alba)

La diferència, doncs, és temporal, tecnològica, epistèmica, però també psicològica i pràctica: ara que sabem que portem un embrió mort, ¿què (en) fem?

D'entrada, val a dir que quan es tracta d'un embrió de poques setmanes, sovint les professionals suggereixen a les dones tornar a repetir l'ecografia al cap d'una setmana o uns dies, per si de cas hi ha alguna evolució en el creixement de l'embrió o es detecta el batec que no s'ha pogut detectar en la primera ecografia. Això fa que les dones hagin d'esperar tot aquest temps amb aquesta incertesa, amb esperança o, com el cas de la Carla, que com ella mateixa diu és poc comú, desitjant que l'embrió mori d'una vegada per totes.

Primer intent i em prenyo, i aleshores, al cap de... no sé, a la primera eco [8 setmanes], ja sortia com endarrerit, saps? Sortia que el sac era... Bueno, no me'n recordo ben bé. Total, que va ser una merda perquè vaig estar 10 dies en repòs absolut, i llavors vaig estar 10 dies estirada, en plan... Allí sí que estava ratlladíssima, pensant «que es mori ja». En plan, així com hi ha gent que..., que això em va sorprendre, moltes dones que els hi ha passat i que estan en plan «*que no se muera, que no se muera, que no se muera, por favor*», vaig començar a buscar en *foros* d'internet i tot era... No em sentia gens identificada, perquè jo era «*que se muera, por favor*». Jo era: o està bé, o *adiós*, però no vull estar aquí agonitzant més, perquè ja havia agonitzat amb els meus pares, saps? [van morir tots dos de càncer amb un any de diferència]. Era com de... ni tampoc vull un nen discapacitat, ni tampoc vull... no. Era com... O sí, o no. I total, que era ni sí ni no, perquè vaig haver d'estar allà, perquè et deien «no et moguis» i si et mous és culpa teva, quasi, no? (Carla)

Hi hagi espera o no, tot seguit caldrà decidir la manera com l'embrió haurà de sortir del cos de la dona. Totes elles tenen conseqüències en relació a la *personhood* de l'embrió i la subjectivitat materna.

6.3.2.1. Sostracció quirúrgica

La decisió de sostraure l'embrió quirúrgicament, mitjançant el que s'anomena raspap, legrat o aspirat, sol estar motivada per la pressa per passar pàgina de la dona un cop té la informació que l'ésser que gestava no és viu i per la preferència de la ginecòloga de controlar el procés. De fet, tot i que a l'hospital d'Ossina no era així i sempre vaig ser testimoni que s'oferien totes les opcions (tot i que hi havia preferència per les que ofereixen major control dels serveis de salut), algunes dones o bé no esmenten el procés de decisió o bé afirmen que el

ginecòleg va aconsellar-li encaridament el raspat per damunt de les altres, o bé no va donar cap altra opció.

Mo: [...] Llavors m'ho va confirmar... Llavors em va dir que havíem de fer un legrado..., i em vaig fer un legrado.

Ma: ¿Et va donar opcions d'altres maneres d'avortar? Vull dir... ¿d'expulsar...?

Mo: No. No. Sé... He escoltat a parlar que està la química. Esperar, prendre medicació o legrado. Ell m'ho va plantejar com a un aspirat. Em va dir: «Mira, en estos casos lo mejor es hacer un aspirado, que si quieres te lo programo para la semana que viene y ya lo tenemos y cuanto antes... Yo pienso que es mejor porque esto, cada día que pase va a ser peor, más duro». No em va donar opció [...] Jo tampoc ho vaig veure ni bé ni malament, o sigui, simplement vaig pensar «Bueno», i em vaig fer l'aspirat. Jo sí que tinc confiança en aquest home, va ser amb el que vaig tenir el meu primer fill, em va portar tot l'embaràs, li tinc confiança, i bueno, ell m'ho va dir així, pues bueno. Va ser un aspirat. (Montse)

Així, en una situació que pot ser emocionalment molt dolorosa però que no és clínicament urgent i que per tant permetria una reflexió pausada de la dona, ens trobem un cop més amb un subjecte dona/mare que no sap, que no pot pensar i avaluar els pros i els contres de cadascuna de les opcions si se li dóna tota la informació. A més, aquesta pressa per acabar el procés físic de l'avortament, que assumeixen i confirmen els i les ginecòlogues, implica que no és només la notícia de la mort de l'embrió el que fa patir les dones, sinó que també fa patir el fet de portar el cos mort de l'embrió. Com passa després de qualsevol mort o desaparició, no descensem fins que no acaba el procés d'identificació del cos i d'enterrament. Això distingeix l'embrió i el seu procés d'expulsió de qualsevol altre procés corporal. Però d'altra banda, la sostracció quirúrgica significa que la dona estarà sedada i que, quan es desperti, el cos de l'embrió serà indistingible i irrecuperable. Així, paradoxalment, mentre que per un costat es reconeix el patiment per la pèrdua i es dona a l'embrió un cert estatus, per l'altre es duu a terme una operació que resta estatus de persona a l'embrió, que es tracta com qualsevol altra matèria orgànica. Aquesta distinció i alhora destrucció de cos i *personhood* pot ser desconcertantment dolorosa per a les dones que sí que havien pensat en l'embrió com a persona. Per exemple, en les meves observacions de raspats a l'hospital, una dona em va

preguntar en despertar si s'havia vist l'embrió i va voler saber on havia anat a parar, i la Montse explica així la seva experiència:

Ma: I com va anar l'aspirat?

Mo: Pues molt trist. Molt trist perquè... [plora] perquè ho vivia com que el meu fill, pues... jo ho vaig viure com que em separaven del meu fill. O filla. No? Que ja sé que estava... que no tenia *latido*, no? Però jo ho vivia com que era el meu fill, que havia marxat molt d'hora, perquè pràcticament no ens havíem pogut conèixer, i havia marxat molt d'hora, però que era el meu fill i me l'anaven a treure, i que encara que estigués sense vida, el fet de separar-me, de que me'l traïessin i em separessin del meu fill, pues, per mi era súper dolorós. I quan vaig estar esperant que m'entressin a quiròfan estava plorant tota l'estona, perquè jo ho vivia com que em separaven... que me l'anaven a treure. I estava mort... o morta... Bueno, mort o morta... No havia evolucionat suficient, no? Però em feia molta pena que me'l traïessin del cos, perquè era com dir-li adéu definitivament. I em vaig despertar després, i me'n recordo que quan, al cotxe, ens allunyàvem de Barcelona, vaig estar plorant tot el cotxe, i el sentiment que tenia és que m'allunyava del meu fill. Cada quilòmetre. [pausa llarga] Racionalment, pues sí: no ha evolucionat suficient, no tenia vida, era matèria morta... Sí, racionalment jo ho entenc tot, però emocionalment jo ho vivia d'aquesta manera. (Montse)

6.3.2.2. Expulsió amb ajuda de fàrmacs

En el cas de la decisió d'expulsar l'embrió mitjançant medicaments que provoquen contraccions uterines, de la mateixa manera que amb la intervenció quirúrgica, també hi intervé la voluntat d'accelerar el procés, i de la mateixa manera es reconeix el patiment de la dona per la pèrdua. En aquest cas, però, no hi ha intervenció quirúrgica ni sedació, l'expulsió es fa en la intimitat de casa, el control del temps i el lloc el té la dona, i el sac de l'embrió surt sencer i, si és prou gran, és possible identificar-lo. Cap de les dones entrevistades va avortar d'aquesta manera, i en ser un procés que es duu a terme a casa només vaig poder ser testimoni del procés de decisió, que té a veure amb la intimitat de casa i amb el control del temps, que, com veurem en el següent extracte del meu diari, és fonamental tal com és fonamental en la nostra societat accelerada:

[...] amb el ratolí [l'Elisenda, ginecòloga] dibuixa línies que travessen el sac per prendre mesures, i diu que l'embrió és petit per ser de nou setmanes, mentre que el sac és gran. Després d'un silenci que es fa llarg, l'Elisenda diu que no hi ha batec.

«Això vol dir que és un avortament?», pregunta la dona. «Sí. Ho sento», i l'Elisenda li acaricia breument el genoll. [...]. L'home fa un gemec. La dona se'l mira, li agafa la mà, i li pregunta si està bé. L'home no pot respondre perquè té el plor travessat a la gola. L'Elisenda li pregunta a la dona si necessiten que els deixin una estona a soles, i ella diu que sí.

Quan sortim, l'Elisenda es treu els guants, els deixa al cubell de rebuig que toca. Es gira i em mira. Aixeca les espatlles amb una inspiració, i diu «Bueno» amb l'expiració.

Al cap d'una estona tornem a entrar. La dona ja s'ha vestit i estan tots dos drets davant la porta. Quan ens senten entrar s'eixuguen les llàgrimes. La dona de seguida pregunta com anirà tot a partir d'ara, què passarà, quan avortarà. L'Elisenda li explica que hi ha tres opcions: la primera és esperar a expulsar-lo de manera natural, és un procés que pot trigar dies i sobre el qual no es té control; la segona, prendre unes pastilles que provoquen l'expulsió, en aquest cas, l'avortament també es fa a casa, però es té més control sobre els temps; la tercera és treure l'embrió i la resta de teixits mecànicament aquí a l'hospital, mitjançant un raspat. La dona pregunta què es recomana i la Lara respon que això depèn de les preferències de cadascú, de com es prefereixi viure el procés. El que menys es recomana, però, és expulsar-lo de manera totalment natural, pel poc control que se'n té. Ella diu que potser prefereix fer-ho a casa amb la pastilla. Demana si veurà l'embrió. L'Elisenda li diu que probablement no, que és massa petit i que caurà enmig de molts altres teixits i sang. També pregunta quant de temps estarà avortant. Això depèn de cada dona, diu l'Elisenda, dos dies es el més normal, però pot ser més temps. Explica que l'endemà té un examen que s'ha preparat molt, i demana si seria possible prendre la medicació i anar a fer l'examen amb una compresa. L'Elisenda li diu que ella no ho faria, perquè el sagnat serà molt abundant i que probablement sentirà dolor, que potser és millor esperar a prendre la medicació després de l'examen, però que després ho faci immediatament, quan arribi a casa de l'examen, que és millor no deixar-lo a dins gaire temps. No acabo d'entendre per què ho ha de fer tan immediatament si fa un minut li ha ofert la possibilitat d'avortar naturalment. (Diari de camp, 28 de juny de 2018)

L'inconvenient més important d'aquest mètode és que en no ser el propi cos el qui genera l'expulsió és més fàcil que, encara que s'hagi expulsat l'embrió, no es completi l'expulsió de tots els teixits i que finalment calgui sotmetre's a la cirurgia igualment.

Quan entro [a la sala de parts / quiròfan], de personal sanitari, només hi ha l'anestèsista i la Vicky, que estan preparant coses. Jo m'apropo a la noia. Li pregunto com està i m'explica que ja està millor, i que té moltes ganes que això acabi, perquè porta dos mesos arrossegant aquest avortament. Li demano que m'ho expliqui millor, i em diu que fa dos mesos que li van dir que havia avortat, que li van donar la opció de prendre les pastilles per expulsar, però després van

veure que no ho havia expulsat tot i que igualment s'havia de fer un legrat. Diu que si ho arriba a saber, demana que li facin el legrat directament. (Diari de camp, 20 de desembre de 2018)

Així, un procés d'avortament que es volia controlar i acabar ràpidament s'eternitza, provocant més dolor per l'allargament de la situació ambigua d'estar i no estar embarassada.

6.3.2.3. Expulsió espontània expectant

La via de l'espera no se sol recomanar per la manca de control sobre el moment de l'expulsió, pel fet de no poder «passar pàgina» ràpidament, per no poder planificar el moment, i perquè, tal com apuntava l'Elisenda al final de l'extracte anterior, el fet que un cos mort quedi dins del cos de la dona podria derivar en complicacions. Això és el que, sense massa detalls perquè es tracta d'una conversa informal a l'hora d'esmorzar, l'Elena, llevadora a l'hospital d'Ossina, m'explica que li va passar a ella mateixa: va optar pel maneig expectant «*porque yo soy muy hippy*» (amb aquesta expressió entenc que valora experimentar els processos de la manera menys tecnificada possible), i perquè volia enterrar les restes del que considerava un fill al jardí de casa seva i plantar-hi una figuera al damunt. Passen dies i l'expulsió no arriba. Comença a tenir febre i sap què li passa i què haurà de fer: la matèria orgànica del fetus ha entrat en estat de putrefacció dins seu i li hauran de fer un raspat. Viu molt malament no poder quedar-se amb les restes i fer amb elles el que havia imaginat.

L'Alba també opta pel maneig expectant en el seu primer avortament, però, malgrat que, com llegirem en les seves pròpies paraules, la manca de control del temps li juga una mala passada, explica l'experiència com una experiència positiva i empoderant, que va decidir des d'una consciència feminista, de manera informada i que va ser possible perquè ella tenia cert control sobre el temps, però no tant sobre el lloc, ja que estava de vacances. El fet de portar el fetus mort a dins li genera, segons ella, una ambivalència difícil de viure però que, alhora, l'ajuda, a poc a poc, a poder assumir l'avortament. Val la pena llegir íntegrament el relat de l'Alba. Només en reformulo el context:

El dia que van anunciar a l'Alba i al Nico que tenia un avortament retingut, la parella tenia previst anar-se'n de viatge al país d'origen del Nico. La professional, que diu que es queda més tranquil·la en saber que el Nico és metge, li diu a l'Alba que pot viatjar tranquil·la perquè té el coll de l'úter molt tancat i no expulsarà durant el viatge, i recomana que, en arribar allà, es faci un avortament farmacològic, o que, en tot cas, «*si de aquí a una semana no ha sucedido, entonces yo iría realmente a ginecología porque puede ser peligroso, bla, bla, bla*» (Alba, reproduint les paraules la doctora). Però un cop la parella arriba i s'instal·la a casa els sogres, l'Alba es comença a informar:

A: No sé de dónde me vino, yo creo que quizá por esta consciencia de un poco la medicalización de todos los procesos físicos y fisiológicos de las mujeres, que empecé a buscar información y descubrí esto del manejo expectante, un poco también porque la ginecóloga me había mencionado lo de que podía esperar, porque yo, hasta que ella pronunció esta palabra, yo no sabía que podía simplemente esperar a que sucediera ¿no? Bueno, tampoco sabía que existían los abortos retenidos, pensaba que un aborto era un aborto y ya está. Bueno, total, que me informé, leí un montón, y decidí hacer el manejo expectante en lugar de ir a tomar algo o a hacer el rasgado [...]. Afortunadamente estábamos de vacaciones, porque si hubiera estado en la oficina sin saber cuándo... a lo mejor hubiera decidido provocarlo, pero estábamos de vacaciones y dije «pues bueno». Nico tenía un poco de miedo por esto de las hemorragias, porque se habla mucho de que te puedes desangrar y tal...

M: Y de las infecciones también, ¿no?

A: Infecciones, sí... Pero leyendo... Sobre todo, me basé bastante en el sistema de salud británico, en el NHS, que tienen guías sobre esto y tenían también estadísticas, y decían que no era más peligroso esperar que hacerte un rasgado o la píldora [...]. También luego empecé a reflexionar como que quería *vivir* el proceso. Porque es verdad que la espera fue dura, pero a lo mejor la espera pienso que también fue necesaria para poder hacerme a la idea, ¿no?

[...]

Y también es este estado... Me acuerdo de una anécdota, de cuando llegamos, que Nico me dijo «Venga, toma, ya puedes beber alcohol», porque prepararon como un aperitivo. Y yo estaba como en shock, ¿no?, porque... era como «No, si yo en mi mente todavía estoy embarazada, aunque sé que no es viable, pero...». Me costó un montón tomarme una copa [...]. Y es este estado en el que no estás embarazada pero tampoco no lo estás, digamos, porque igualmente hay algo dentro de ti que todavía no has expulsado, es una cuestión extraña [...], al final el embarazo es un proceso y no es blanco o negro, sí o no, ¿no? Y es... ¿y en qué momento piensas «¿Lo estoy? ¿¿No lo estoy?» Es complicado.

Y nada, entonces decidí hacer manejo expectante y fue duro porque es la incógnita de cuando sucederá, ¿no? Y hubo algunos días que tuve un poco de dolores, como de regla fuerte, y piensas «Ya está, ya está aquí», y al final, no. Y al final tardé una semana más. O sea, en total, desde que... se supone que el embrión se paró en la semana 6, tuve el aborto en la semana 12. Fue un mes, que teóricamente lo tuve dentro con aborto retenido. Y luego encima sucedió en el peor momento, porque ¿te conté que fue en un tren? Me tiré una semana en casa, dando paseos sola alrededor de la casa por si acaso, y me monto en el tren y me viene el aborto. Pero bueno, fue súper rápido [...]. El viaje era una hora y media o así [...] ien un tren de alta velocidad!

M: Y empezó... O sea, ¿los dolores y la expulsión empezaron en el tren y acabaron en el tren?

A: No, [...] [de camino al tren] ya tuve un poco de dolor. Bueno, no, mucho dolor. Mucho dolor de regla fuerte. Y en la estación también, pero ya teníamos el billete y como era un viaje muy rápido, y entonces no pensábamos que fuera a ser inminente. Y en el asiento del tren, ahí sí me estaba muriendo de dolor, y dije «Voy al baño», y fue llegar al baño y expulsar. O sea, fue un poco impactante, porque claro fue como... Igualmente hay saco amniótico, entonces fue la rotura así shhhhhh chorretón, cascada de sangre y luego expulsé como un coagulo así, yo que sé, como una mandarina o así sería... [...] Cayó en el váter y se fue, se fue... tiré de la cadena y supongo que... a las vías del tren. Exacto, ahí acabó el primer embrión [riu]. Nico siempre cuenta la broma de que fue muy rápido porque íbamos a 200 quilómetros por hora [riu].

[...]

Fue un mini parto, en realidad. Y me parece interesante porque tendemos a distinguir vida y muerte, y en el caso de la reproducción, para mí, bueno yo creo que al final se reduce al caso de la vida. Está íntimamente relacionado, porque un mismo proceso puede llevar a la vida o a la no-vida, un aborto es súper parecido, es como un mini ensayo de parto, si lo vives de esta forma. Y el hecho de decidir hacer manejo expectante, no medicalizarlo, vivir el proceso y tal, creo que fue una experiencia que me hizo después querer esto para mi parto [un part sense anestèsia].

[...]

Ya que no podía decidir el que el embarazo siguiera adelante, al menos pude sentir que... No sé, una apropiación de mi propio cuerpo... No decido cuando, pero decido la forma en que... Igual que el parto, tampoco sabes cuando va a venir, también ocurren en trenes. [...] ¡Y el parto fue la hostia! ¡Es que me siento súper empoderada! Con todo, con los abortos y con el parto.

Si en el cas de l'Elena, l'opció de fer un maneig expectant era poder respectar l'estatus de persona del fetus tot proporcionant-li un enterrament digne, en el cas de l'Alba es confirma el que ja hem vist més amunt, que tot i que sí que havia projectat una vida amb aquest ésser,

no s'hi havia vinculat ni l'havia pensat com una persona, de manera que no ofereix ni li sap greu no poder oferir una sepultura. La vivència, doncs, no la subjectiva en tant que mare sinó en tant que dona i feminista.

De tots aquests casos, des del de la Berta o la Montse fins al de l'Elena i l'Alba, aprenem que les diferents maneres de gestionar el procés d'avortament, doncs, tenen efectes en la generació de *personhood* o no, o de subjectivitat de mare o no, però que els significats de triar una o una altra opció no són unívocs.

6.4. Més enllà de la tristesa

Més enllà de la tristesa, comuna en totes les dones entrevistades, i en què no cal insistir, hi ha tres sentiments lligats entre sí que també apareixen i que formen part d'aquesta subjectivitat materna en formació. Es tracta de la vergonya, la culpa i la soledat.

El sagnat abundant, que no només taca calces o compreses, sinó també terres, lliteres o material tèxtil de l'hospital, pot incomodar les dones, que se senten responsables d'un procés corporal que no poden controlar, i fins i tot fer-los sentir la vergonya del cos brut o que embruta de la dona que tant s'assembla a la vergonya de la menstruació (Sabido Ramos, 2021; Tarzibachi, 2017; Vostral, 2008) o a la vergonya materna, ja en part disminuïda actualment, de l'al·letament en públic (Acosta-Torres, 1999; Belintxon-Martín, et al., 2011):

La dona es mostra preocupada perquè taca els llençols, l'Andrea [llevadora] li diu que no es preocupi, que aquí tothom hi està acostumat i que forma part de la feina. [...] [Més tard] la dona se segueix disculpant per haver tacat els llençols. L'Andrea, amb ironia còmplice: «Ay, es que a quién se le ocurre manchar las sábanas en un proceso como este...!». (Diari de camp, 14 de juny de 2019)

B: Va ser com molt... Una mica violent, tot plegat, perquè jo estava perdent *molta* sang, vale? Molta. I em van dir «Vale, ves aquí...», o sigui, tenien com una consulta, i a dins de la consulta hi havia un lavabo. I vaig dir «Hòstia, he d'anar al lavabo abans de que em mireu i tal». Vaig anar al lavabo, em van fer despullar, sense calces ni res, amb la bata aquella, i jo havia d'anar des del lavabo caminant fins a la camilla perquè em miressin. I des del lavabo fins a la camilla vaig començar a perdre sang, que anava caient a terra, però uns coàguls així de grans, i jo estava com súper «Buah, quina vergonya», saps?

M: Et feia vergonya.

B: Em feia vergonya, sí. Saps? A més hi havia gent, saps? No hi havia, allò, una metgessa: hi havia un tio, una tia...[...] Molt macos i tal, eh, però jo estava allà perdent sang... i el que els vaig dir va ser: «Hòstia, teniu algo perquè ho netegi?», i em van dir «No, no!», saps?, «Ja vindrà algú a netejar-ho!». Jo estava com de «Uala», passant-ho molt malament perquè era bastant carnisseria, allò. (Berta)

La vergonya del sagnat que s'exposa en aquests extractes és tan poderosa que, quan apareix, arriba a superposar-se al sentiment de tristesa. Afortunadament, segons sempre he observat, les professionals actuen de contrapart i intenten que les dones es desentenguin d'aquesta responsabilitat alimentada per anys de construcció de feminitat i maternitat (Poortman i Van Der Lippe, 2009; Quadlin i Doan, 2018),).

Un altre sentiment, emparentat amb la vergonya perquè busca responsables, és la culpa (Adolfsson et al. 2004; Bhat i Byatt, 2016; Kersting i Wagner, 2012). Quan les dones es pregunten per què els ha passat el que els ha passat, les explicacions que troben poden venir donades directament des de l'àmbit clínic o bé son elaborades per les mateixes dones. Sigui com sigui, pel que fa als efectes psicosocials que generen aquestes explicacions, no hi ha gaire diferència entre les unes i les altres, ja que les explicacions que es donen elles mateixes, filles d'aquesta societat desencantada (Weber, 1922/1946), malgrat no estar necessàriament basades en cap evidència científica ni informades amb rigor, sempre tenen un caire racional, una raó fisiològica, psicossomàtica o comportamental, potencialment abordables de manera científica, i no donen raons màgiques, espirituals o teleològiques.

Els dos primers avortaments van ser molt junts, molt junts, o sigui, res, potser un o dos mesos entre els dos. O sigui, no, dos, dos com a mínim, clar, bueno... Van ser molt junts. I llavors vaig tenir una mica la idea que ho havíem fet massa junt, i vam esperar una mica. (Berta)

Així, encara que no es tracti d'una culpa original com ho és la culpa judeocristiana, com que les explicacions recauen en el propi cos o en la manera de viure, pot passar com passava amb la Berta, que senzillament canvia alguna cosa del seu comportament sense gaires implicacions personals, però, com li passa a la Carla, sovint també apareix el sentiment de culpa:

Ara penso més en plan «Mira, va ser mala sort i punto, se't creua un cromosoma amb el que no toca, i tal» [però en aquell moment] va ser més: «*Estoy gorda, fumo, he discutido con mi novio y no controlo mis emociones, soy súper histriónica...*» . (Carla, després de la primera pèrdua)

En les paraules de Carla veiem com, a més, les dones grasses, neurodivergents i amb hàbits no saludables, ja víctimes d'estereotips en la societat en general (Rodríguez et al., 2019; Hill i Rodríguez, 2020; Skorinko, Rodríguez i Doyle, 2020), carreguen amb un pes afegit. Però de totes les raons generadores de culpa que tant dones com professionals donen per la pèrdua, destaca la de l'edat avançada (Cavaliere i Fletcher, 2022; Scala i Orsini, 2022). La dona que hem vist una mica més amunt, de 41 anys i acompanyada de la filla adolescent, pregunta per les raons de la pèrdua:

La dona li pregunta per què ha passat, si pot ser perquè ha fet esforços, que potser ha treballat massa. La Laia li diu que no, que sobretot no es pensi que és culpa seva o que podia haver tingut cap mena de control sobre el que ha passat. «Esto es cromosómico, de los óvulos, que también envejecen, y el embarazo no avanza». [...] La Laia li diu que les pèrdues són freqüents, i que ho són més com més grans ens fem. «Eso no significa que si buscas otro embarazo te pase lo mismo; puedes volver a intentarlo, sólo tienes que saber que con 41 años tienes más posibilidades que esto te pase que cuando tenías 30». [...] Quan la Laia li porta l'informe li ha de tornar a explicar, a petició de la filla i extensament, que no és culpa d'ella, ni d'haver agafat molt el tren, ni de prendre col·lagen per al genoll. (Diari de camp, 13 de novembre de 2018)

En aquest cas, la dona ja se sentia culpable, i la metgessa, amb bones intencions, intenta desfer aquest sentiment de culpa, però en les entrevistes podem veure com aquesta raó científica, aparentment més neutra que el fet de treballar massa, fer esforços o prendre col·lagen, es converteix en culpa quan se subjectiva. La Montse explicita que després de la pèrdua del segon embaràs se sent culpable d'haver començat a buscar tan tard, perquè ara, amb tanta probabilitat de pèrdua potser no podrà donar un germà al seu fill.

Mo: La... El pensament... O sea, és [...] per no deixar el meu fill sol. Per què...

Ma: Què vols dir, sol?

Mo: Per mi és que jo ara tinc 42, la meva parella té 46, i ell té 2 anys. Jo penso que quan ell tingui trenta-i-pico... [s'emociona, se li trenca la veu]. Ai, això em...

[Plorant] A mi em sap greu que quan ell tingui trenta-i-pico o quaranta-i-pico potser nosaltres no hi som i, en el fons, penso que es pot sentir molt sol. [...] No sé com ho viurà ell, perquè al final estic projectant un pensament meu [...], potser ell diu «*Mama, ¡qué pajas mentales me estás contando!*» però jo penso que li pot passar això i des d'aquí jo em sento responsable i em... culpabilitzo... o... sí, en certa manera em culpabilitzo, eh? O em critico, em dic, penso que vaig ser... tenir una actitud egoista de no haver començat abans. (Montse)

Finalment, per si no n'hi ha prou sentint-se individualment responsable d'una o diverses pèrdues, també trobem que se sobrestima la responsabilitat de la dona en el procés i se subestima la de l'home.

[...] ja portava quatre embarassos a la primera. Que, a més, això fot una ràbia... perquè et van di... O sigui, és com de... Tothom diu: «A la primera!», és com de «el *crack*», no?, a la primera, i dius «a la primera»? Era com de «El Pepus és un *crack* que a la primera em prenys *y encima yo no sé sostener ninguno*», saps? Era molt això. O que la gent ho pinta com «que guai, a la primera», i jo «sí a la primera, què més dona? Jo em prenys a la primera però *yo no me lo...*», saps? Total, que... I també vaig començar a tenir la paranoia que era per això. O sigui, la meua teoria era que jo avortava perquè em prenyava a la primera. La meua que em vaig inventar, eh? Però mentalment... I encara me la crec, eh, de vegades? Era com de «no filtro, m'embarasso de lo que sigui», saps? (Carla, després de la tercera pèrdua i un fort canvi d'hàbits)

En aquest cas, la Carla es responsabilitza de «no filtrar», però no responsabilitza el Pepus d'aquest «lo que sigui» del què ella s'embarassa.

Si tant la vergonya com la culpa viscudes individualment ja poden generar un sentiment de soledat, aquesta soledat encara es fa més evident quan la parella nega la *personhood* que la dona atorga a l'embrió, o quan el fet d'atorgar aquest estatus es relaciona amb l'estat hormonal, i per tant individual, de la dona:

Mira, jo no sento que amb el dol, o amb l'avortament... jo no sento que tingúes el recolzament de la meua parella, perquè ho vam viure molt diferent. Ell no... Ell... Jo a ell el veig molt racional, no? I llavors ell no entenia com jo m'ho prenia d'aquesta manera, no? Encara a dia d'avui no ho entén, perquè per ell era... Encara no era res, no? Encara que l'avortament va ser a la setmana 8, l'embrió va deixar d'evolucionar a la setmana... entre la 6 i la 7, que no va haver batec de cor, no? I jo vivia des de... una pèrdua, no?, del meu fill, o la meua filla, i una gran pena, i ell

em deia que no ho entenia, que en el fons encara no era res, que no era res com per tenir una pena, encara, perquè era molt aviat. [...] També jo li explicava que jo ho vivia diferent potser perquè soc dona i també tinc hormones, i ell no les té, no? I llavors jo li deia que per saber el que jo estava sentint havia de posar-se al meu cos i viure tota la revolució hormonal que jo estava vivint, i que jo també... no sé si per ser dona i ell home, no sé si és qüestió de classificar, però potser les dones, com que realment s'està creant la vida al nostre cos, pues... també les dones ho vivim d'aquesta manera, no? Hi haurà molts tipus de dones, no? Però bueno, jo penso que un avortament d'un nen que ha sigut desitjat, una dona ho viu... Ho vivim bastant semblant totes, no? Penso jo, no ho sé... Però bueno, jo li deia que jo tenia hormones, que tenia una revolució hormonal, que s'estava creant vida dintre del meu cos i que per mi era una pèrdua i que ara estava passant un moment molt difícil de dol i de molta pena, d'un acomiadar-me de la nena... I ell m'escoltava però no... ell no ho entenia. Suposo que al final va optar per callar-se i donar-me l'espai perquè jo pogués fer el meu procés. [...] Me'n recordo que potser havien passat tres setmanes del *legrado* i que de sobte em vaig posar molt trista, em vaig posar a plorar... i el seu comentari més o menys va ser «Montse, que ja ha passat temps, d'això!». Clar a mi em va caure com un *jarrón de agua fría* [...] i em vaig empenyar. I llavors també és veritat que el procés de dol que he viscut i estic vivint..., jo em sento poc recolzada per ell, em sento sola. (Montse)

Si en un capítol anterior vèiem que, fins que la subjectivitat materna de les dones embarassades no s'aparella a un estatus matern reconegut, les dones ens podem trobar soles amb els nostres sentiments d'amor, aquesta soledat s'endureix en el dol (Marek, 2013; Sejourne, Callahan i Chabrol, 2010).

6.5. Temps i manteniment de la *personhood*

Dit tot això, ¿quin efecte té el temps posterior a la pèrdua en la «des-formació» de la *personhood* fetal i la subjectivitat de mare? De les dones entrevistades arrel de pèrdues al primer trimestre, només n'hi ha dues que mostren un dolor viu, capaç d'emocionar-les mentre parlen dels «fills». Una d'elles és la Montse, l'entrevista amb la qual es duu a terme quan la pèrdua és encara molt recent, i per tant no és possible valorar-ne l'efecte temporal.

L'altra és l'Esperanza, una dona que durant l'entrevista m'explica que, malgrat no tenir una posició bel·ligerant davant el dret de l'avortament, per tal com l'han educada, creu fermament que un embrió és una vida des del moment de la concepció, i pensa que les dones

no haurien de recórrer a l'avortament sinó a una millor planificació. M'explica una pèrdua d'embaràs que va tenir 8 anys enrere, quan va quedar embarassada als 46 anys sense buscar-ho, i, malgrat els riscos que comporta un embaràs a aquesta edat, va decidir tirar-lo endavant. Quan li pregunto com se sent ara respecte del que va passar, s'expressa així:

E: Yo pienso «Si mi hijo hubiera nacido tendría ocho años», «Si mi hijo tal cosa...», siempre estoy pensando.

M: A día de hoy.

E: A día de hoy, sí. Ya lo he superado muchísimo, yo creo que en un 90%, pero me queda este 10% de decir [plora] «Ay, tendría tantos años». (Esperanza)

L'actitud antiavortista, doncs, apareix com un factor que podria desprotegir psicològicament les dones amb pèrdues involuntàries.

Generalment, però, en les participants entrevistades amb pèrdues al primer trimestre, la pena s'esvaeix del present i queda en el record, i la consideració del fetus o embrió perdut com a fill i de la dona mateixa com a mare van desapareixent, tal com vèiem en la incapacitat de recordar de la Berta o de la Carla, o en la manera divertida que té l'Alba d'explicar el seu procés d'avortament. El cas de la Berta és paradigmàtic, ja que, el meu record (que per descomptat tampoc és infal·lible) del que em va dir en tant que amiga íntima quan va perdre el primer embaràs —que sí que l'havia sentit com a fill— ja no coincideix amb el que em va dir a l'entrevista, en què afirma que mai el va sentir així, sinó només com un «conjunt de cèl·lules que han començat a evolucionar» (Berta). La Carla sí que té present que el seu record ha canviat:

Sí que em sabia greu en el moment. És ara, que no ho recordo. En el moment sí que era «Ah, el meu bebito, no-sé-què...», en el moment sí que ho pensava, però no en el record, no ho recordo com una persona. Però en el moment sí que era el bebito. (Carla)

També val a dir que, justament a excepció de la Montse i l'Esperanza, que eren ja mares però que no han tingut més fills després dels respectius avortaments, totes les dones entrevistades que havien perdut un embaràs al primer trimestre, després van quedar

embarassades de nou i van tenir fills vius que probablement els han fet relativitzar la pèrdua. En tot cas, es fa evident que no arribar a ser mai mare, o no arribar a ser la mare de dos que una vol ser, tindrà efectes tant en aquest esvaïment o manteniment de la *personhood* del fetus com, de la mateixa subjectivitat materna.

Pel que fa a mi mateixa, que vaig començar a treballar en el tema de la *personhood* del fetus i de la subjectivitat materna arrel d'una pèrdua al primer trimestre, que vaig afirmar (Verdaguer, 2019) que el que havia gestat i perdut havia estat un fill per a mi, avui dia ja no ho sento així de cap de les maneres, fins al punt de ser-me tant dificultós com a les professionals de salut connectar amb el patiment de les dones amb pèrdues al primer trimestre.

Fins aquí hem vist com la subjectivitat materna i l'estatus de l'embrió no només es produeixen en el seguiment de l'embaràs, sinó que continuen fent-se i desfent-se, sovint desordenadament, durant el procés de pèrdua de l'embaràs del primer trimestre a través de la comunicació i el reconeixement de l'embaràs, de la integració del fetus en la família i/o la societat, de la freqüència d'experiències d'avortaments, del context singular de l'embaràs, de la manca d'empatia i de les posicions professionals sobre aquesta empatia, de les maneres de gestionar el procés de l'avortament, de l'actitud davant de l'avortament voluntari, dels fills que potser vindran i del temps que segur que ho farà.

Capítol 7. Fronteres en les pèrdues d'embaràs de segon i tercer trimestres

En el capítol precedent m'he centrat en unes pèrdues que posaven de manifest que, malgrat que l'espai ginecoobstètric contribueix a generar la *personhood* de l'embrió i la subjectivitat de mare des de l'inici, durant el procés d'avortament aquesta subjectivitat i aquest estatus generalment es veuen matisats o directament qüestionats. En el present capítol veurem que, en les pèrdues de segon trimestre, aquest qüestionament va desapareixent, i que, en el tercer, cap professional posa en dubte que hi ha una mare que ha perdut un fill.

Seguint amb la idea exposada al capítol anterior que hi ha unes fites ginecoobstètriques que organitzen la temporalitat de l'embaràs, en aquest capítol parlaré de quatre d'elles: la primera ecografia a les 12 setmanes, la setmana 14 com a moment al voltant del qual el raspap deixa de ser possible, la setmana 20, en què es fa la segona ecografia anatòmica i s'assigna el sexe-gènere, i la setmana 22, en què es considera que el fetus és viable, la pèrdua de l'embaràs passa a considerar-se una «mort fetal», i el dol comença a denominar-se dol perinatal. Això no significa que no puguin haver-hi més fronteres que afectin la *personhood* i la subjectivitat materna, com les setmanes que van de la 37 a la 42, en què un part es considera a terme; o els 28 dies després del naixement, en què s'acaba el període en què la mort del bebè es considera una mort perinatal. La manca de dades observacionals o relats sobre experiències maternes d'aquestes morts, m'obliguen a descartar-les per a aquest treball.

7.1. Fites ginecoobstètriques en el segon i tercer trimestres

7.1.1. Setmanes 12-14. Pèrdues al voltant de la primera ecografia

La setmana 12, de vegades la 13, situada en el llindar entre el primer i el segon trimestre d'embaràs, és la setmana en què es fa la primera ecografia en embarassos clínicament normals seguits a la sanitat pública. En aquesta ecografia ja es pot fer una valoració anatòmica del fetus i es poden valorar els riscos de trisomia. També existeix la possibilitat de fer un test d'ADN fetal abans, a la setmana 10, però es tracta d'una opció que s'ofereix tan sols a les clíniques privades i a la quals no tenen accés la major part de dones. Per a les que poden, el privilegi

consisteix en poder aturar, si ho necessiten, la producció de *personhood* i de subjectivitat materna sense haver vist el fetus en una ecografia. Si tot va bé, després d'aquesta ecografia una pot començar a sentir-se més segura que l'embaràs tira endavant, ja que també disminueix dràsticament el risc d'avortament espontani. Aquesta ecografia, doncs, per a la majoria de dones representa un accés a la imatge del fetus per primera vegada, un primer acostament a l'ésser gestat quan encara no se'n nota el moviment, un primer acostament que, com ja s'ha dit al capítol 4, tret que hi hagi una mala experiència prèvia, s'encara amb il·lusió.

Tanmateix, aquesta primera ecografia també pot ser la que reveli un avortament retingut, una malformació o un risc alt o molt alt de trisomia que poden acabar fent que optem per l'avortament induït. Pel que fa a les malformacions, al diagnòstic de síndrome de Down i altres condicions que fan que moltes dones o parelles decideixin interrompre l'embaràs, les abordaré al capítol 8, en el capítol on tracto les fronteres d'ordre moral. En el cas que es tracti d'un avortament retingut entre les 12 i les 14 setmanes, normalment el procediment és el mateix que al primer trimestre, perquè tot i que el fetus té un cos una mica més gran, la seva estructura no ha canviat i, per tant, les possibilitats d'expulsió i sostracció tampoc. La diferència amb pèrdues de setmanes anteriors rau sobretot en la imatge que s'ha vist a la pantalla i en les restes que és possible veure. Mentre que en setmanes anteriors el que s'ha vist en pantalla és el sac amb forma de mongeta i en l'avortament se sol veure un coàgul gros sense forma humana distingible, al voltant de la setmana 12 a la pantalla ja es veu una figura fetal amb parts corporals humanes distingibles, i en l'expulsió també se sol veure un cos que comença a semblar humà.

Val a dir, però, que la imatge del fetus que es projecta en pantalla durant una ecografia d'aquestes setmanes de gestació, en què cal prendre mides de diferents parts del cos, està ampliada. Això fa que algunes persones se sorprenduin en veure que el fetus és més petit del que havien imaginat.

Al cap d'un parell de minuts, el fetus ja és fora, surt plegadet i és petit com una mandarina. Miro l'expressió de l'home, que ha estat tota l'estona mirant, sense fer cas de les recomanacions [que li donava la llevadora] de mirar la paret. Quan surt

el fetus, fa una cara entre sorprès, alleujat i impressionat. La Laia embolica ràpidament el fetus amb un xopador. L'Àlicia no el veu.

[...]

Quan [la Laia] surt de l'habitació, els diu que s'endu el fetus, i que si en algun moment el volen veure, que ho diguin. L'Àlicia no diu res. «Jo ja l'he vist», diu ell [parella], «me l'imaginava més gran». Jo m'hi interesso. Pregunto «Sí?». I ell em diu que creu que és perquè ahir el van veure a l'ecografia i la imatge era ampliada. (Diari de camp, 14 de juny de 2019)

La parella de l'Àlicia diu aquestes paraules amb alleujament, com si, de sobte, la pèrdua ja no fos tan gran. Les ecografies, doncs, no generen *personhood* només perquè ens mostrin parts del cos identificables o perquè la sessió d'ecografia sigui en si mateixa un escenari on la professional es refereixi al fetus afectuosament, sinó que la possibilitat tècnica d'ampliar la imatge el magnifica també en la imaginació i el fa més «bebè».

7.1.2. A partir de la setmana 14. Implicacions de la calcificació òssia

Aproximadament, cap a la setmana 14 el fetus comença a calcificar-se, és a dir, se li comencen a formar els ossos. Aquests ossos tan recents son, en paraules del dr. Taulé, «com agulles», la qual cosa fa que el legrat, que en aquesta edat de gestació implicaria treure el fetus a trossos, a banda de «desagradable» (sic, dr. Taulé) tant per les dones i parelles com per les professionals, no sigui possible pel perill que hi ha de danyar l'úter de la dona amb els ossos trencats. Segons el protocol de l'Hospital Clínic de Barcelona (2006/2024), que és el que es fa servir com a base a l'hospital d'Ossina, el legrat no és possible si la mida del fèmur del fetus supera els 12mm. Així mateix, segons m'expliquen les ginecòlogues, la cesària no està indicada ni al segon trimestre ni més endavant perquè compromet la salut reproductiva de la dona.

Així doncs, és a partir d'aquesta setmana de gestació que un avortament s'haurà d'expulsar vaginalment i les dones ho començaran a viure com un part. Aquest part és un part que, si no és espontani, és induït farmacològicament i requereix ingrés hospitalari, ja que es tracta d'un procés llarg en què són necessàries diverses dosis de misoprostol, tant per via vaginal com per via oral, la qual cosa demana un major control dels serveis de salut.

L'Àlicia ha anat al CAP a fer-se una ecografia a les 17 setmanes d'embaràs. Un cop allà, la doctora li explica que no hi ha batec, i que el fetus no té la mida d'un fetus de 17 setmanes, sinó la d'un de 13, la qual cosa significa que fa aproximadament un mes que el porta mort. Envia l'Àlicia i la seva parella a l'hospital. Allà, els atén el dr. Taulé acompanyat de l'Aurora, ginecòloga resident, que prèviament ja els ha demanat que expliquessin què ha passat. [Quan arriba el doctor Taulé] Els diu: «Bé, el que ha passat ja ho sabeu. Ara, el que jo vull veure és com és el fetus per saber què hem de fer a partir d'aquí». Ells fan que sí amb el cap. El Taulé apaga els llums i fa l'ecografia abdominal en silenci. Es veu el fetus a la pantalla. Al cap d'una estona, la dona comença a plorar molt discretament. Jo i l'Aurora ens n'adonem i li diem al marit, que s'havia quedat en un racó, si es vol posar al seu costat. Ell hi va i li agafa la mà. Quan el Taulé acaba de prendre mides del fetus, fa seure la dona, li fa una carícia breu a la galta i li diu: «Plora, plora...». La dona plora, però es va refent mica en mica per poder escoltar el que dirà el metge. El Taulé li explica, amb un to de veu baix i encara amb els llums apagats, que ha estat mirant la mida del fetus i ha mirat si havia començat la calcificació. Li diu que la calcificació ha començat, que el crani del fetus ja té una certa mida, i que el raspat ja no està indicat perquè hi ha risc de dany i ferides a la matriu, i que per tant hauran de provocar un «petit part». Quan la dona sent això torna a plorar, i el Taulé diu «ja sé que és un pal molt gran, però és millor per tu fer-ho així». Aleshores li explica que ara l'enviaran a casa i que demà haurà de venir a les vuit del matí havent esmorzat. Li diu que serà un procés llarg, de 12 hores com a mínim, però que podria ser més llarg, de més de 24 hores. Quan sortim de la sala per anar a preparar l'informe, el Taulé diu «us deixem una estona aquí tranquils perquè us desfogueu».

Mentre el Taulé prepara l'informe, li pregunto perquè la fa venir demà i no comencen tot el procés avui. Em respon que clínicament no hi ha cap pressa, i que així ara ella ho pairà una mica, perquè «ara mateix no deu saber ni on està, aquesta dona, deu estar en xoc». L'altra raó que em dóna és que així tindrà durant tot el dia el mateix equip atenent-la, les mateixes llevadores i ginecòlogues. Després d'això ja marxo. Demà serà un dia llarg. (Diari de camp, 13 de juny de 2019)

El Taulé, el mateix ginecòleg que afirmava que una pèrdua de primer trimestre no era res, i que generalment es mostra sec quan atén aquest tipus de pèrdua, en aquesta atenció a una pèrdua de segon trimestre es mostra molt més comprensiu i empàtic, i adapta el to de veu i la suavitat que requereix el moment. També veiem en aquest extracte com la pressa per passar pàgina que portava a fer un raspat al primer trimestre ha desaparegut. A partir del segon trimestre, la sensibilitat de les professionals augmenta notablement, la qual cosa ens indica que l'estatus de persona del fetus ha començat a canviar des del seu punt de vista. Per

exemple, ho veiem en la cura que té la Marina (llevadora) a l'hora de demanar una habitació per a l'Àlicia:

[La Marina] demana un llit per a l'Àlicia, si pot ser, no a maternitat, sinó a la planta del costat, on hi ha casos molt diversos i ja no se senten plors de bebès. (Diari de camp, 14 de juny de 2019)

O en la cura que té la Laia que la parella puguin viure el procés junts, cosa que no passa en un raspat al primer trimestre:

[Després de fer un tacte i intentar fer baixar el fetus manualment] la Laia diu que encara no està. Primer proposa portar-la al quiròfan per poder ajudar al part mecànicament, però després s'ho repensa i diu que com que la parella no podria acompanyar-la al quiròfan, estaran millor els dos junts. (Diari de camp, 14 de juny de 2019)

O en la cura a l'hora de preparar el fetus perquè la parella el vegi:

La Marina, la Sarita, la Júlia [totes llevadores] i jo anem a preparar el fetus per ensenyar-lo a la Luz i al Iago. Entrem a la sala on abans hi havia la parella i la Marina agafa un paquet de gases. El desembolica i apareix el petit fetus, que estirat deu fer uns 25 centímetres. [...] «Què, li canviem la gasa, no?», diu la Marina, «Aquesta està molt tacada de sang». Li treu la gasa que portava, el neteja i li'n posa una de nova, embolicant-lo ara com si la gasa fos una manteta, deixant el caparró a fora. (Diari de camp, 22 de gener de 2019)

Tanmateix, al principi del segon trimestre, aquesta cura encara és força precària i oscil·lant:

[...] Hi ha un moment en què la sala de parts s'omple de tots els gines que han acabat les visites o que surten de quiròfan. S'expliquen com els ha anat, anècdotes del dia, fan molt de soroll, riuen... jo pateixo per l'Àlicia. També ve una dona a fer-se les cures de la cesària, amb el marit i el bebè, i davant de la porta de l'Àlicia, les llevadores li diuen cosetes al bebè, el bebè gemega...

[...]

Ve un grup de llevadores joves amb les que vaig coincidir sobretot l'any passat. Venen vestides de carrer, i venen a buscar material per fer les novatades a les residents que entren aquest any. Aniran a la platja i les faran disfressar de parteres, els posaran pits, els decoraran el cos amb material d'infermeria... La Laia els dona

idees. Totes riuen molt i parlen molt fort. S'obliden absolutament que hi ha l'Alicia. De sobte l'Andrea fa un «*iSsst! ¡Que está la del aborto!*». (Diari de camp, 14 de juny de 2019)

I també veiem que la *personhood* d'aquest ésser és precària als ulls de les professionals de ginecologia —però no en els zeladors, que hi estan poc avesats— en la manera de tractar el cos mort. Mentre que per als zeladors es tracta d'un cos mort que pot fer angúnia o pena i que no volen veure, les professionals (i jo, que ja porto temps fent treball de camp) ens hi acostem amb curiositat i sense l'emotivitat o el respecte que ens podria imposar el cos sense vida d'una persona:

«És al·lucinant», diu la Laia, «Mira que n'he vist molts, però cada cop que en veig un em meravello. És brutal. Aquest ja tenia el paladar format, els cristal·lins dels ulls... Maria, el vols veure?». Dic que sí, per pura curiositat. Fa uns mesos, ja em van sorprendre la meua pròpia fascinació —més que no pas sentiments de pena o d'angúnia— quan vaig veure el fetus de 18 setmanes de la Luz. Vull repetir l'experiència. Jo i la Laia anem a la saleta adjunta a la sala de parts. Allà està, damunt una tauleta auxiliar, el fetus, que estirat deu fer un 15cm, que no té sexe [genitals], que té dits a les mans i als peus. La Laia li obre la boqueta i m'ensenya el paladar, i també em repeteix això dels cristal·lins. Jo no sé ni què són els cristal·lins, i veig uns ulls amb un tel, com els d'un cec. Per davant la sala passa una llevadora que no conec, que ens veu i entra a saludar la Laia. Quan veu el fetus també se'l mira una estona, calcula els centímetres que deu fer, li mira les mans... La Laia li demana si el pot preparar, perquè a anatomia patològica li volen fer unes fotos, i després s'ha de tornar a portar aquí per si en algun moment la parella el vol veure. Comenten que l'han de preparar bé, ben tapadet en un paquetet de gases i esparadrap, que no es vegi res, perquè als zeladors els fa molta cosa. Més tard, quan arriba el zelador, li comenten, fent broma, que ja li han preparat el «paquet especial». Al noi li fa angúnia, se li veu a la cara. (Diari de camp, 14 de juny de 2019)

La poca honorabilitat del cos mort, però, no implica que aquest es tracti amb la descura o la negligència amb què es tractaria qualsevol altre residu corporal, com sí que es fa en un raspall al primer trimestre. Com hem vist més amunt, el dr. Taulé m'explicava com de desagradable podria ser treure un fetus a trossos, i la mateixa Laia, després dels seus intents de fer baixar el fetus manualment m'explica això privadament:

[...] Quan sortim de l'habitació, la Laia diu que en realitat hagués pogut intentar treure'l, perquè les cames del fetus ja estaven a la vagina, però que en sortir pels peus hi havia el perill d'arrancar-li el cap i que s'hagués d'expulsar a part, «i això és molt desagradable». (Diari de camp, 14 de juny de 2019)

Només han passat dues setmanes entre aquesta pèrdua i una pèrdua de primer trimestre, però la diferència a l'hora de considerar els sentiments materns és enorme. De fet, és a partir d'aquest moment en què, com veurem en següents apartats, les professionals comencen a oferir a la dona o a la parella de veure i agafar el fetus per tenir uns instants per fer de mares i pares.

7.1.3. Al voltant de la setmana 20. Pèrdues entorn de l'inici de la percepció dels moviments fetals i de l'assignació del sexe-gènere

Cap a la setmana 20 aproximadament²⁷, les dones embarassades comencen a notar els moviments fetals, de manera que el contacte amb el fetus ja no passa necessàriament per l'ecografia, sinó que aquest té lloc diverses vegades al dia i ens recorda a cada moment que el fetus és allà i que està viu. El moviment fetal, a més, pot esdevenir fàcilment un estímul per començar o intensificar la comunicació verbal amb el fetus.

B: O sigui, quan comences a notar els moviments, potser diria que és un moment molt definitori, de dir «Uala! És veritat! Està aquí, es mou, fa coses, és una persona... O sigui, té mans, té peus, té coses perquè em pot fer patades i...», ostres, sí, jo diria que és el moment més «Sí, tinc un ésser viu a dins que fa coses i fins i tot em pot sentir la veu i tal, és el moment que comences a sentir com es mou».

M: ¿Més que en la primera ecografia, que encara no el notes però veus la imatge?

B: Sí, molt més, molt més [...]. Jolín! És que és molt bèstia, per mi. És que està a dins teu i s'està movent, és que és molt bèstia, per mi. És lo més bèstia de l'embaràs, és súper guai i m'encanta, i després d'acabar els embarassos ho trobava a faltar, tenir algo a dins la panxa que es moguéss. I sí, jo crec que sí, que en aquest moment és quan fas el vincle. O un tipus de vincle. (Berta)

²⁷ Segons m'expliquen a l'ASSIR, hi ha diferències entre dones en la percepció dels moviments fetals segons si es tracta del primer embaràs o d'embarassos posteriors, segons si es tracta d'un únic fetus o si n'hi ha més d'un, o de si la dona té més o menys greix abdominal.

Com s'ha dit en el capítol 4, els serveis d'obstetrícia solen recomanar, normalment després de l'ecografia de la setmana 20, fer atenció a aquests moviments i als seus patrons, diferents en cada embaràs, i també donen indicacions en cas que es percebi una disminució del moviment o un canvi de patró: canviar de postura, prendre sucre, i finalment anar a l'hospital. De fet, existeix una pràctica sistematitzada per conèixer els patrons de moviment del fetus, el *Mindfetalness*, que, d'una banda té beneficis en la salut de fetus i dones embarassades, però per l'altra també augmenta les consultes degudes a una preocupació sense implicacions en la salut fetal (Luque González i Mora Palma, 2023), és a dir, que augmenta l'ansietat i la preocupació característiques de la subjectivitat materna normativa. En la pèrdua de l'embaràs, la manca d'aquests moviments ens confirmen la mort del fetus:

Aixecar-te cada matí i pensar: «Potser no ha passat i segueix aquí dintre...». Quan [notes] el moviment d'un budell o qualsevol cosa, penses: «Ai». (Sònia)

[Després del part] estava tan esgotada que em vaig adormir, però em vaig despertar com a les dues de la matinada cridant, perquè m'estava tocant la panxa i no estaven a dintre [plora]. És que va ser horrible... va ser molt dur... I això sí que em va passar més d'una vegada, de llevar-me... Perquè jo normalment... Es movien moltíssim els dos, i ho notava moltíssim quan estava estirada al llit, saps? Estava estirada al llit i notava moltíssim com es bellugaven, i clar, hòstia, estava estirada en un llit i no es bellugaven! Va ser... Això va ser... (Coral)

D'altra banda, en aquesta edat de gestació se sol programar l'ecografia anatòmica, en què es revisa el desenvolupament de diferents òrgans i sistemes, que es poden analitzar amb molt més de detall, i permet detectar anomalies i malformacions diverses. Parlarem d'això al capítol 8, sobre la frontera de la discapacitat. D'altra banda, malgrat que com ja he comentat al capítol 4, a través d'anàlisis de l'ADN fetal és possible conèixer el parell de cromosomes sexuals, i malgrat que a partir de les 11 o les 12 setmanes els genitals ja solen estar formats, no és fins més tard que es poden veure clarament a través de l'ecografia. Així doncs, és en l'ecografia de la setmana 20 en què en la majoria d'embarassos s'assigna el sexe i el gènere. Si en algun moment del treball de camp em va quedar clar que l'assignació del sexe i el gènere eren una manera de produir estatus de persona va ser quan la Luz i el Iago van perdre l'Aynara,

un fetus amb genitals ambigus. En el moment de la pèrdua, la Luz estava embarassada de 18 setmanes i per tant encara no s'havia fet l'ecografia anatòmica de les 20 setmanes, o, com ella la va anomenar, «l'ecografia per saber el sexe». Davant de l'ambigüitat sexual del fetus, les professionals que l'atenen decideixen assignar-li un sexe més o menys arbitràriament quan la Luz demana veure'l. En l'escena que presento a continuació, la Luz ja ha expulsat el fetus però no l'ha vist. La Laia i l'Elisenda l'han embolicat amb unes gases i l'han deixat damunt una tauleta auxiliar dissimuladament. Després han dit a la parella que el fetus ja ha sortit i que els deixen una estona a soles perquè pensin tranquil·lament si el volen veure. La Luz ha dit molt clarament i de seguida que el vol veure, però com que el Iago no ha dit res en aquest moment, els deixen sols una estona. Durant aquest temps queda pendent l'expulsió de la placenta, sembla que hi ha alguna dificultat, i les ginecòlogues decideixen fer un raspat per treure-la. La Luz i el Iago estan a la sala on li faran el raspat.

Quan ens dirigim [amb el fetus] a la sala on hi ha la Luz, anem xerrant, i jo els comento que abans la Luz ha dit que estaven a punt de fer l'ecografia de les 20 setmanes. Aleshores la Marina diu que abans d'ensenyar-los-el li hauríem de mirar el sexe per si li volen posar nom. Entrem en una saleta annexa a la sala on són ells dos i el desemboliquem per mirar-li els genitals. Són uns genitals força ambigus. Es veuen com uns llavis de vulva, però també podrien ser uns testicles que encara no han baixat, i entremig hi ha una protuberància que podria ser un clítoris gran i allargat, o un penis petit que encara no està solt. «Sembla més una nena, no?», «Pero esto podría ser un pene...», «O el clítoris...», «Però és molt gran per ser el clítoris, no?», «Bueno, què els diem? Perquè no els direm que era un nen si era una nena, no?», «Bueno, a ver, que tampoco les va a canviar la vida...». Finalment decideixen anar a cridar a l'Elisenda perquè s'ho miri. Mentre esperem, seguim mirant el fetus: «Com es veu l'artèria femoral, eh?», «Sí, pobreta», «Mira, podría ser un Down», «Com ho sabeu?» (jo), «Porque tienen una inserción más baja de las orejas. Ves? Todas nosotras las tenemos a la altura de los ojos. Pues los Down las tienen como este feto, una poco más abajo», «Pero la nariz es normal». Arriba l'Elisenda, se la mira i tampoc ho sap, però es decanta més per dir que era una nena. «Que tampoc els canviarà la vida...», repeteix la Marina. Finalment, doncs, es decideix que és una nena. Ja estem preparades per presentar-la.

Entrem jo i la Sarita a dir-li que ara li ensenyaran el fetus, i jo em quedo al costat de la Luz, a la banda contrària on hi ha el Iago, mentre la Sarita va a buscar «la nena». Jo li pregunto com està, i ella em diu que ja està una mica millor. [...] Aleshores entra la Sarita aguantant el fetus embolicat amb les dues mans. La Sarita li pregunta a la dona si sap si era nen o nena. La Luz respon que encara no ho

sabien, que encara faltava per fer l'ecografia on els dirien el sexe, però que ella creia que era una nena. «Sí», diu la Sarita, i la dona es posa a plorar. La Sarita acosta el cos del fetus a la mare, que s'ha incorporat, sense donar-li. Ella plora molt, ell no. La Sarita els pregunta si ja havien pensat un nom de nena, i ella de seguida respon «Sí! Aynara!» (Diari de camp, 22 de gener de 2019)

Aquí veiem de nou que l'assignació del sexe va relacionada amb el fet de donar nom i per tant amb la singularització de la persona, però en aquesta escena també s'observa la impossibilitat de comprendre que no tots els cossos encaixen en el binarisme que es desprèn de la frase «Perquè no els direm que era un nen si era una nena, no?», així com la necessitat de les professionals de triar un sexe que encaixés en el sistema binari enlloc de considerar explicar a la parella que el sexe no estava definit, com si això no els hagués de permetre imaginar, pensar, projectar o honorar aquesta criatura i la seva pèrdua. Això ens dona una idea de què és i què no és una persona en la nostra societat i com té molt a veure amb poder-se identificar com a mascle/home/nen o com a femella/dona/nena. També val la pena comentar que, com mostra aquest extracte, parlar sobre el sexe del fetus fa que enlloc d'utilitzar-se la paraula «fetus», gramaticalment masculina però neutra a l'hora d'indicar el sexe-gènere, comencin a utilitzar-se les paraules «nen» i «nena», que no només indiquen el sexe-gènere en poder-se desdoblar, sinó que també fan de l'ésser que s'estava gestant un ésser més gran, més desenvolupat, més persona.

7.1.4. Setmana 22. Inici de la viabilitat, inici de la mort

Fins la data de finalització del treball de camp per a aquesta tesi (gener de 2020), la setmana 22 o un fetus que pesés més de 500 grams eren la frontera en què als protocols la pèrdua es reconeixia com a mort, èxitus o òbit, i no com un avortament o una finalització de l'embaràs. Tanmateix, constato que actualment s'ha traslladat a les 20 setmanes i 6 dies (Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, 2024), adaptant-se a la Classificació Internacional de Malalties-10 (World Health Organization, 2016), que, seguint la iniciativa del Col·legi Americà de Ginecologia i Obstetrícia i l'Stillbirth Collaborative Research ha avançat una setmana i un dia aquesta frontera. Aquest canvi no altera el sentit dels resultats que

presento aquí, sinó que ens permet constatar que aquesta frontera va avançant-se amb el temps i que no hi ha acords clars sobre ella, com ja apunten els mateixos protocols (Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, 2024).

Aquesta frontera, segons m'expliquen les professionals, està estretament relacionada amb la viabilitat fetal, és a dir, amb la possibilitat que un nadó extremadament prematur sobrevisqui fora de l'úter. El desconeixement que tenen la majoria de dones sobre aquest llinar, fa que aquesta sigui una frontera que passa desapercibuda per a elles. A les 22 setmanes no passa res especial, no es percep res de diferent, no hi ha cap prova mèdica, i cap llevadora o ginecòloga et fa saber que ja portes un fetus «viable». Tanmateix, a l'hora de construir la seva pròpia subjectivitat materna i la *personhood* dels seus fetus, les seves esperances i les seves projeccions, les professionals que gesten tenen molt en compte la viabilitat fetal:

[La Laia, embarassada de 5 mesos, i la Marina parlen sobre la preparació dels objectes, mobles per a l'habitació, cotxets... que necessitarà el fill que està esperant la Laia]. La Marina li pregunta quan ha de néixer el nen, i la Laia diu que a l'abril, i que quan s'acosti la data ja els demanarà consells, però que ara encara no es vol posar a preparar res perquè «encara no és viable». La Marina hi està d'acord, diu que ella tampoc no es va posar a preparar res fins que no estava de 30 setmanes: «és inútil». (Diari de camp, 4 de desembre de 2018)

Malgrat les professionals la interpretin en aquest cas com una frontera clara i individual que arribarà amb l'edat que indiquen els protocols, en la literatura científica no s'expressa com una línia dicotòmica, sinó com una probabilitat creixent, que varia molt segons la font de les dades, i es parla més aviat de periviabilitat (American College of Obstetricians and Gynecologists i Society for Maternal–Fetal Medicine, 2017). A més, malgrat que les professionals m'expliquin que un fetus mort a les 22 setmanes és considerat òbit perquè és el moment en què es considera viable, observo que aquesta relació entre consideració de mort i viabilitat tampoc no és exacta, ja que, les professionals, a efectes pràctics, no solen considerar viable un fetus fins la setmana 24. Així ho veig en l'actuació mèdica en casos de dones que es posen de part al voltant d'aquesta edat de gestació, com la Kim:

[El dr. Taulé marxa de la consulta]. Es veu que hi ha algun problema amb la Kim, la dona que té l'Ehler Danlos²⁸. Quan torna, m'explica que aquesta dona, que està de 21 setmanes, està tornant a avortar malgrat el cerclatge. Miraran si poden ingressar-la a la Vall d'Hebron perquè estigui en repòs, a veure si el fetus aguanta [dins l'úter] fins més enllà de les 24 setmanes, perquè aleshores ja seria viable.

Així doncs, el llindar de les 22 setmanes no és un llindar exclusivament biològic ni és intrínsec dels fetus individuals, sinó teòric, construït a partir de dades de supervivència en hospitals d'alta tecnologia dels Estats Units, el Regne Unit i Austràlia (Bolisetty et al., 2015; Costeloe et al. 2012; Rysavy et al. 2015; Stoll et al., 2010) i que afirmen que a les 23 setmanes de gestació hi ha entre un 23% i un 27% de supervivència, i entre un 5% i un 6% abans d'aquesta edat. La supervivència real d'un fetus, però, depèn fortament de la disponibilitat de recursos tecnològics i biomèdics i pràctiques de reanimació del context sanitari concret (Breborowicz, 2001), i aquestes dades poden no coincidir amb la taxa de supervivència a Catalunya, altres llocs del món i, per descomptat, altres temps: a la dècada dels 1980 als Estats Units, aquesta taxa era de pràcticament el 0% a les 24 setmanes de gestació (American College of Obstetricians and Gynecologists i Society for Maternal–Fetal Medicine, 2017).

Aquesta manca de claredat no ens ha de fer perdre de vista que hi ha una frontera, teòrica i canviant però efectiva, que distingeix entre els fetus que, quan morin dins l'úter, es consideraran «morts» i els que es consideraran «interromputs en la seva gestació». Més enllà de que el nom ja per si sol faci la cosa, i per tant una mort ens remeti a una persona mentre que una interrupció no ho faci, la consideració de mort fetal té conseqüències per al reconeixement de la *personhood* i la subjectivitat materna: si fins a aquest moment hi havia certa vacil·lació en l'empatia i la cura, és a partir d'aquest moment que ja ningú posa en dubte que el que s'ha perdut és un bebè. És més, en cas que el fetus no hagi mort però estigui en perill, és a partir de la frontera en què el fetus és viable que els serveis de salut el consideraran un *patient* (Breborowicz, 2001). Així, vèiem com, en estar molt a prop del llindar, s'intentava

²⁸ Malaltia genètica que afecta a la producció de col·lagen i que provoca hiperlaxitud en articulacions i teixits, de manera que és freqüent que les dones embarassades amb aquesta condició es posin de part amb prematuritat. La Kim porta un cerclatge, una anella que manté tancat el coll de l'úter, que es posa preventivament, generalment després d'haver perdut un embaràs per obertura de membranes.

retenir l'embaràs de la Kim, i també envien a la Vall d'Hebron la Rafif, embarassada de 24 setmanes, després de patir una agressió d'una companya de pis que li ha provocat les primeres contraccions i de quedar-se sense casa on tornar.

Aquests intents per salvar la criatura no tenen lloc en el cas de la Coral, quan, embarassada de dues criatures de 18 setmanes de gestació, es posa de part degut a una infecció d'orina mal resolta. Quan m'ho narra durant l'entrevista, explicita com no se sap avenir que els seus fills no puguin ser salvats:

C: [...] em deien: «Bueno, Coral, ja sabem que són els teus fills i que te'ls estimes, però per a l'hospital la prioritat ets tu, perquè tu et pots tornar a quedar embarassada», i clar, per mi era com «i¿De què m'estàs parlant ara mateix?!»

M: Et van dir això.

C: Sí, sí, i venien i jo «De què m'estàs parlant? Jo he vingut aquí perquè cuidis els meus nens i que no surtin d'aquí», saps? [...] [Per mi] Tot era: «No, no. S'ha de fer algo», per mi era «S'ha de fer algo. Jo no he vingut aquí a això».

[...]

C: [...] I jo tenia unes contraccions súper brutals d'aquestes dels ronyons que ja no podia més, però jo estava amb les cames creuades del rollo «D'aquí no surt ni Cristo», saps? [...] I la doctora estava com «Això s'està allargant molt, Coral, i jo t'estic entenent, eh, però això s'està allargant molt, i jo sé que el que has de decidir és una puta merda, però tu tens febre», i a més jo soc al·lèrgica a la penicil·lina [...]. (Coral)

La Coral, sens dubte una mare, no només es preocupa per la mort pròpiament dita dels seus fills, sinó pel patiment de les criatures en morir, i perquè siguin ben tractats en els seus últims instants de vida:

Durant el part vaig tenir una llevadora que se'm va... Em va apretar la panxa per fer baixar la nena... Això em va fer molta ràbia, molta ràbia, molta ràbia. A més, jo sempre dic que a les fotos la meva nena surt una mica morada, i jo sé que és això, i a mi això em supera molt. Entenc que la situació portava a haver de fer les coses d'una manera que no hauria d'haver sigut en un part normal, però hòstia, a mi això em pesa molt.

[...]

Jo, des del moment que m'ho van dir, jo vaig preguntar si patirien quan naixerien... Que els metges sempre et diuen que no, però penses «Què cony sabràs tu, si pateix una criatura», no? Vull dir, una persona pateix mentre s'ofega? En teoria pateix. Per mi era súper important. (Coral)

En aquests extractes veiem novament una mare que es preocupa pels seus fills, que no vol que pateixin i que gairebé posa la vida dels seus fills per davant de la seva. En aquest cas, salvar les criatures no es va oferir com una opció. No era possible, però en afirmar qui era la prioritat, s'afirmava també que els fetus no tenien l'estatus de pacient, contràriament al bebè de la Bea, la participant entrevistada que va patir preeclàmpsia i al marit de la qual se li va demanar que es pensés a quin dels dos salvaria en cas que fos necessari prendre aquesta decisió (vegeu Capítol 5).

Aquí també veiem com la doctora anomena «els teus fills» als bessons de la Coral, cosa força corrent cap al final del segon trimestre, on, com hem vist, hi ha força empatia per part de les professionals, com a mínim de cara a les dones. Aquest reconeixement creixent de l'estatus de persona del fetus ja està del tot assegurat quan el fetus és teòricament viable, i les professionals sempre l'anomenen «fill/a» o «bebè», sense cap mena de dubte. Fins i tot amb menys dubtes que les pròpies dones. La dra. Diana Marchesi, mentre li posa una nova dosi de misoprostol a la Sílvia, li pregunta si el bebè és un nen o una nena, i el si voldrà veure i agafar. La Sílvia, encara en xoc, respon amb evasives i diu que s'ho pensarà més endavant. La resposta de la ginecòloga, amb un to molt amorós, no és condescendent: «Este momento va a llegar. Vas a dar a luz a tu primer bebè». La pregunta pel sexe-gènere de la criatura, i l'ús de l'expressió «dar a luz», enlloc de parlar d'«expulsió», i el possessiu i l'ordinal de «tu primer bebè» també reforcen la consideració que es té tant de la dona com a mare com del bebè com a persona.

Que per a les professionals es tracta d'un bebè i d'una mare es veu definitivament en les seves pròpies emocions davant la mort, o davant les escenes de tendresa i d'amor de les dones cap als seus fills. La doctora Eva García m'explica un cas que la va emocionar particularment:

[L'Eva m'explica que] va tenir el privilegi de ser testimoni del «moment màgic, malgrat tot» en què la parella veu el seu bebè mort. Jo assenteixo, perquè entenc per què el qualifica de màgic. Perquè no saps d'on surt tant d'amor, no saps com pot ser que surti. M'explica que es tractava d'una parella lesbiana, on l'una gestava i l'altra havia aportat els òvuls. Diu que al principi no volien saber res de la bebè,

volien una cesària, que li traïessin sense veure-la, «fer com si la bebè no existís», que ella [l'Eva] va marxar a casa i la cosa estava així. I quan va tornar el dia següent, la seva companya havia fet una feina espectacular, l'havia convençut per fer un part vaginal, tot i que continuaven sense voler-la veure quan sortís. La dona va parir, no la van veure, però al cap d'una estona, la mare no gestant i una de les àvies de la bebè van dir que la volien veure. Quan va tornar a l'habitació on descansava la mare que havia parit, la mare no gestant va començar a dir-li: «L'has de veure, l'has de veure... És preciosa, s'assembla molt a mi, és una preciositat de nena...», així que finalment la va convèncer perquè la veiés. Tot i que ni l'una ni l'altra la van voler agafar, l'Eva encara s'emociona quan explica com les dues mares miraven la nena i plorant comentaven com n'era de bonica i com tenia la boca de l'avi, els ulls de la mare... (Diari de camp, 19 de febrer de 2019)

Si en el segon trimestre, sobretot en la seva primera meitat, vèiem com, malgrat la cura i l'empatia que es té per les dones que estan patint un avortament, en el *backstage* de la cuina o el taulell de control no hi havia més emoció que algun comentari espars de compassió («pobreta»), i com el fetus era més objecte de curiositat que de tristesa, al tercer trimestre la tristesa i els sentiments d'injustícia i d'imptència inunden les bambolines.

[En el torn de nit, després de posar una dosi de misoprostol a la Sílvia] Quan baixem amb l'ascensor, l'Aurora està molt afectada. Té la veu tremolosa i els ulls humits. «No hi ha dret», diu. «És injust que una dona hagi de parir el seu fill mort. És injust». Quan arribem al taulell ho torna a repetir per a la resta.

[...]

[Al migdia, després del part, al qual no he pogut assistir] L'Andrea m'explica que la Sílvia deia que no volia que sortís, que se la volia quedar a dins, i després de parir-la, deia «La meva nena... Segur que no plora?... Per què no plora?». L'Andrea m'ho explica amb els ulls humits, i jo també m'emociono.

M'expliquen que al final la Sílvia ha dit que sí que vol veure i agafar la nena, i que ara la prepararan. [...] Entra l'Andrea amb la nena, i la posa als braços de la mare. La Sílvia se la mira i li acaricia la cara, el Xavi [parella] abraça la Sílvia. Somriuen, se la miren amb molt d'amor i ploren silenciosament. La Sílvia aixeca un moment el cap i ens pregunta a les llevadores i a mi: «Oi que és guapa?». Li diem que sí, que ho és molt. No ens podem aguantar el plor, tampoc ens n'amaguem, i els diem que els deixem sols, que es poden estar amb la nena l'estona que vulguin, que ja ens avisaran.

Sortim, i l'Andrea i jo anem directes al lavabo, on ens podem permetre sanglotar i mocar-nos. La Sara [llevadora] se'n va a avisar les mares de la Sílvia i el Xavi, que estan esperant a fora. L'Andrea, mentre plora, diu «No es justo, no es justo, es su hija» i torna a parlar d'aquest amor que es veia a la mirada de la Sílvia. Ens abracem, les altres llevadores també ens abracen. La Marina li diu a l'Andrea que

és part de la feina de ser llevadora, que normalment acompanyen al començament d'una nova vida, però que de tant en tant també han de saber acompanyar la mort. Quan sortim cap a la cuina, trobem la Sara també plorant emocionada en veure la reacció de les àvies. (Diari de camp, 3 de juliol de 2018)

La doctora García, que quan em narra el cas d'òbit de les dues mares lesbianes acaba de rebre l'encàrrec de coordinar i millorar el servei d'obstetrícia, m'explica que la millora passa perquè les professionals es cuidin, i que per això vol crear un espai de trobada i de cura, per parlar del que els passa, ja que «s'han de menjar coses molt grosses i cadascú ho gestiona com pot». Val a dir que aquesta «gestió» també pot passar pel distanciament emocional i la relativització, igual que passa al primer i al segon trimestre, sobretot amb les persones que porten més temps en la professió:

[A la cafeteria, el dia que ingressa la Sílvia] Mentre prenem el cafè, passa un grup d'anestesisistes pel costat. Als anestesisistes els coneix tothom, ja que és un servei que va passant per tots els altres serveis. [...] Els ginecòlegs de la taula, aturen el grup d'anestesisistes i els diuen que avui hi ha un òbit [i per tant necessitaran el seu servei]. Als anestesisistes els canvia la cara, especialment a l'home, que fa una cara de disgust molt expressiva. El doctor Acerete li diu «No posis aquesta cara, home! Això passa!», «Sí», contesta, «però fa pena». Quan marxen, la doctora Espeso comenta: «Pobres..., es queden tocats». (Diari de camp, 2 de juliol de 2018)

Jo, que també em quedo tocada i ho gestiono com puc, després de ser testimoni del cas de la Sílvia en el meu tercer dia a l'hospital d'Ossina, trigo tres mesos a tornar al camp. I avui, sis anys després, encara he plorat mentre editava l'extracte sobre la presentació de la bebè a la seva mare.

7.2. Pràctiques hospitalàries de relació entre la mare i el cos sense vida del nadó

Hi ha abundant evidència científica que les pràctiques que tornen més present corpòriament i simbòlicament el fill de qui no coneixem ni el rostre ni la pell ajuden les dones i les famílies a processar el dol i a no crear-se imatges i fantasies pitjors que la realitat (Cole et

al., 2020; Hollins Martin, Côté Arsenault i Norris, 2024; Horey et al., 2021): veure'l, agafar-lo en braços, fer-li fotografies, o fer una caixa amb records com ara imatges impreses de les primeres ecografies, informes, la pinça del cordó umbilical, empremtes palmars (que de fet són un símbol que s'utilitza sovint en grups o associacions de dol perinatal), peces de roba, peluixos o altres objectes per a després del naixement, o, en fi, tot allò que ens recorda no només que l'embaràs ha existit sinó que també ho ha fet ell o ella i que hem sigut mares o pares. Des de l'hospital és possible col·laborar perquè aquestes pràctiques es duguin a terme, així ho inclouen des de fa uns anys les guies d'acompanyament al dol perinatal (vg. Valls Puente, 2023), i així ho hem vist en diferents extractes presentats al llarg d'aquest capítol, en què ja des de la setmana 14 s'oferia a mares i pares de veure i agafar el fetus sense vida.

Hi ha dones que de seguida tenen molt clar que volen veure els seus fills:

Després, l'Elisenda explica a la parella que si ho volen, tindran l'oportunitat de veure el fetus. Els proposa que ho parlin i que pensin tranquil·lament si ho volen o no. Però la Luz no necessita pensar-se res i de seguida diu «*Yo sí lo quiero ver*». L'home no diu res. (Diari de camp, 22 de gener del 2018)

Jo sobretot tenia molt clar que volia veure els meus fills. És que no em plantejava no veure'ls, eh? [...] Bueno, i els hi vaig dir que els volia veure, i em va dir «Sí, sí, sobretot, i a més nosaltres recomanem que ho veieu, perquè a vosaltres us ajudarà al dol, no sé què...» (Coral)

La Coral, de fet, en la seva entrevista, i en una carta que fa arribar al servei i que s'inclou a l'Annex 2, escrita un any després «del naixement i la mort dels bessons», després d'haver fet teràpia psicològica, haver participat en un grup d'ajuda mútua i haver llegit molt sobre dol perinatal, denuncia certes mancances de l'hospital de Barcelona on va parir pel que fa a aquestes pràctiques recomanables per al dol, ja que al seu parer no són suficients. Entre elles, una té a veure amb la qüestió de fer fotografies als nadons per conservar-ne un record:

C: Això també ho vaig posar a la carta: el tema de les fotografies. A mi m'hauria agradat que ens haguessin fet una foto als quatre junts. Jo totes les fotos que tinc son dels nens. Perquè érem nosaltres, un aguantant l'un, l'altre aguantant l'altre, i els hi fèiem les fotos com vam poder... Un mínim de...

M: Ah, les va fer vosaltres, les fotos?

C: Amb el mòbil, plorant, alguna està borrosa... Saps o no, què et vull dir? No cal que vingui... O sigui, ja sé que existeix la Norma Grau [fotògrafa especialista en dol perinatal], no cal que em truquis la Norma, però...

M: No, però que una llevadora t'ajudi...

C: Exacte! Però si tenim una mica de coneixement del que ha de passar, estiguem una mica preparats perquè la gent se n'acomia. [...] No pot ser que al segle XXI tinguem uns hospitals preparadíssims per si un nen neix amb no sé què no sé quantos, però no puguem fer un acomiadament mínim. (Coral)

I una altra amb donar més temps, tant per prendre decisions difícils com per estar amb el nadó:

Què més vaig posar? Vaig posar la presa de decisions sobre què fer amb els teus fills... Això ha d'haver un marge. No serveix que en el moment en que tu estàs en xoc perquè els teus fills s'estan morint, t'estiguin preguntant si els vols incinerar, si els vols enterrar, si te'ls vols emportar perquè tens un *seguro* o si els hi vols fer l'autòpsia. No, *tio*, no. Deixa'm un temps. Vull dir, teniu una sala forense [dipòsit de cadàvers], no? Pues deixa'ls allà. És igual, encara que sigui una setmana. Tu deixa que aquests pares puguin tornar a baixar el dia següent i els puguin tornar a veure. O dos dies més tard. O que tinguin temps de trucar als avis de la criatura per si volen venir a acomiadar-se, no? Són coses que potser a tu que ets metge i no són els teus fills et sembla una *chuminada*, però per a tu és el teu fill i pels teus pares és el seu net. I hi haurà pares que no el voldran veure, i hi haurà avis que no el voldran veure, però hi haurà avis que se'n voldran acomiadar. I hi haurà mares o pares que en el moment no se sentiran amb la força, i és totalment comprensible, de poder-lo veure, però potser dos dies més tard el necessitaran veure [...]. Aleshores, deixeu marge, *tio*. Deixeu un marge de temps. Vaig llegir un article d'un hospital d'Anglaterra que havien posat un lletet de nadó refrigerat i que hi havia hagut una parella que havia estat 15 dies a l'habitació amb la criatura. Havia vingut la família, i havia tingut temps de trucar al fotògraf i que li fes un *book* de fotos d'ells amb el seu nadó. (Coral)

En general, aquestes i la resta de mancances que exposa la Coral a la seva carta, malgrat ser contundents, importants i posar de manifest les mancances de l'hospital, no són problemàtiques, ja que van en la mateixa direcció que estan prenent els centres de salut: reconèixer els fetus d'edat de gestació avançada com a fills, i les dones, les parelles i les famílies com a mares, pares i avis, així com facilitar pràctiques que les ajudin a fer un dol més sa, sempre segons les perspectives clíniques del procés de dol. La carta de la Coral, més que ser

un problema, ajuda l'hospital a continuar en una direcció ja empresa, justament és per això que, segons m'explica la Coral, uns dies després de l'entrevista tenia una cita amb la direcció del servei.

Ara bé, també hi ha dones que no volen tenir aquest contacte amb el fetus o nadó, com és el cas de l'Àlicia:

L'Andrea diu que no els ha vist amb gaire ànim de veure el fetus, jo dic que jo tampoc, i la Laia, [...], diu que, com que porta un mes mort dins de l'úter, està una mica *chuchurrío*, així que millor no insistim perquè el vegin... L'Andrea hi està d'acord, i jo també. (Diari de camp, 14 de juny de 2019)

La manca d'insistència que veiem en el darrer extracte, però, no és la pràctica usual. Probablement, en aquest cas no només es deu a l'estat del fetus, sinó també al fet que és un fetus de 13 setmanes. Tal com podem veure en relat de l'Eva Garcia sobre el part de la parella lesbiana, la seva companya «havia fet una feina espectacular, les havien convençut per...», i en el cas de la Sílvia també hi ha tot un treball de les professionals per convèncer-la apel·lant l'evidència científica, per mitjà de la repetició, de la implicació de la parella, o descrivint-li l'escena perquè se la pugui imaginar:

El Xavi diu que ha vingut la psicòloga del CAP [la Isabel] que es dedica a aquests temes i que és amiga de la seva mare. Han parlat sobre el fet de veure o no veure la criatura quan neixi. La psicòloga els ha dit que hi ha evidències que, per al procés de dol, és millor que la vegin, però la Sílvia no ho vol. La Laia em mira a mi perquè respongui, i només li sé dir que això és ella qui ho ha de decidir, que és cert que es diu que veure el nadó i tenir-ne records materials ajuda, però li dic que jo crec que cada cas és un món, i que fer-ho a contracor tampoc crec que ajudi. La Laia assenteix, i diu que ho farem com ells vulguin.

Quan baixem, li pregunto a la Laia perquè aquests parts no es fan amb cesària. [...] La Laia diu que no està indicat, que fer una cesària no és qualsevol cosa, que pot afectar la salut reproductiva de la dona, i l'estaríem condemnant a tenir embarassos de risc en un futur. Només se li farà cesària si la medicació expulsiva no funciona. D'altra banda, diu que també hi ha raons psicològiques, que igual que és millor veure el nadó i tenir-ne records, és millor passar pel procés de part normal, sentir que has parit, i no que ara hi és i de cop no.

[...]

Després [a la nit], l'Aurora i jo anem cap a l'habitació de la Sílvia [a posar el misoprostol]. Quan marxem, el Xavi surt i pregunta si no li poden donar oxitocina,

que li han dit que provocaria el part més ràpidament. L'Aurora li explica que amb l'oxitocina s'hi jugarien una cesària, i que el misoprostol és el tractament indicat en aquest cas. Només li donaran oxitocina si demà a la tarda no ha parit. També li diu a l'Aurora que la Sílvia diu que no vol agafar la bebè quan neixi [...] malgrat que la psicòloga els ho ha recomanat, però que també li han dit que es pot fer un petit àlbum amb les empremtes de les mans i dels peus de la nena. L'Aurora diu que sí, que els que hi entenen recomanen agafar el nadó, perquè és un dol, però que si no vol, des de l'hospital posaran totes les facilitats perquè puguin viure-ho com ells decideixin.

[...]

[El matí següent, la doctora Marchesi, després d'una nova dosi de misoprostol] li pregunta si ja ha pensat què voldrà fer amb el bebè, si voldrà veure'l i agafar-lo. La Sílvia evita respondre, diu que ja s'ho pensarà més endavant. La doctora diu que hi ha de pensar perquè «este momento va a llegar». [...] Li explica detalladament com és el procediment: un cop l'hagi parit i hagin tallat el cordó umbilical, les llevadores s'emportaran la nena per rentar-la. L'embolicaran amb una tovallola, i si ella vol, i en el moment que ella vulgui, l'hi portaran perquè s'hi pugui estar tota l'estona que vulgui. Aleshores la Sílvia es posa a plorar. La doctora fa un gest amb la cara que mostra empatia, i després diu que se'n va. Jo li pregunto si prefereix que m'esperï amb ella que la seva família torni d'esmorzar o si prefereix estar sola. Diu que prefereix estar sola. Jo i la doctora Marchesi baixem.

[...]

M'expliquen que al final la Sílvia ha dit que sí que vol veure i agafar la nena, i que ara la prepararan. (Diari de camp, 3 de juliol de 2018)

Aquesta insistència benintencionada i fins a cert punt positiva per a les dones, però, pot ser excessiva i arribar a molestar molt la dona, com en el cas de la Sònia, que interrompia un embaràs de 20 setmanes per una malformació al cervell del fetus, i que tenia molt clar que no el volia veure:

S: Només fan que bombardejar-te amb coses: «*Que si tienes que pasar el duelo, que si tienes que pasar el duelo*». Clar, tu no t'ho plantejges que això haurà de ser així, perquè, no sé, tot ve després. Però era molt matxacant: «Voleu enterrar-lo?», «No», «Voleu veure'l?». Lo de «Voleu veure'l»... Vaig parir-lo, i a la meua parella, perquè jo vaig agafar a la infermera i li vaig dir «Sobretot, és que no m'ho tornis a preguntar, ja t'ho estic dient ara que estic bé i t'ho puc dir normal»...

M: No el volies veure.

S: No, no el volia veure i no m'arrepenteixo de no haver-lo vist. Això ho tinc clar. Ho prefereixo així que no, a sobre, tenir ara una figura del meu fill. Prefereixo no saber com era ni... Perquè encara hagués sigut pitjor. I crec que no respecten aquest tema, perquè és molt matxacant, o sigui, vull dir...Durant dos dies van ser com..., no t'enganyo, cinquanta vegades em van preguntar el mateix. [...] pues

encara quan el vaig parir van agafar la meua parella pel passadís i li van tornar a preguntar. No sé, no respecten. I encara quan vaig anar el dia 20, encara: «I què? Creieu que heu fet bé?». Bueno, i si no hem fet bé, ¿ara què he de fer? Sí que tinc aquest buit de dir «Bueno, ¿què ha passat amb la criatura?» Sí que el tinc, però jo crec que em costaria molt més encara tenir la imatge. (Sònia)

Per bona intenció que hi hagi en la insistència en aquestes pràctiques favorables a la salut mental de la dona o la parella, un cop s'ha donat la informació necessària, s'ha explicat per què veure el nadó pot ajudar-la i s'ha donat el temps necessari per decidir, obstinar-se a convèncer la dona és, de nou, contribuir a produir un subjecte mare que no pot pensar per si mateix, que és incapaç de prendre bones decisions i, fins i tot, a crear males mares que no volen ocupar-se dels seus fills morts. Així ho veien un grup de llevadores que, a l'hora del cafè, treuen el cas d'una dona que no es volia fer càrrec de l'enterrament de la seva criatura nascuda morta a les 35 setmanes: ho troben horrorós, immoral i incompreensible: «és el seu fill i no el vol enterrar».

La qüestió de què es fa finalment amb el cos del fetus o el nadó, és a dir, si es farà o no un enterrament, és una de les primeres preguntes que faig el dia de l'òbit de la Sílvia, que durant unes poques hores coincideix amb una dona que ha perdut un embaràs a les 17 setmanes. Respon la doctora Pujol: «Si té més de 22 setmanes, es tracta com qualsevol persona. Si en té menys de 22 es tracta igual que un apèndix». Quedo esparverada tant per l'analogia que fa servir la doctora com per la barrera tan rígida que dibuixa entre els dos fetus que han mort aquesta nit a l'hospital. Més endavant, el mateix dia, ho torno a preguntar a les llevadores:

[...] pregunto a les llevadores què es fa amb el cos del fetus. No ho tenen clar. A totes els sona el límit de 22 setmanes per poder-lo enterrar com si fos una persona. Una altra diu que són 22 setmanes o 500 grams. Tothom diu que això ho sabrà la Marina. Quan arriba la Marina, diu que no hi ha cap límit legal, però que si avortes a l'hospital, primer, l'embrió o fetus va a anatomia patològica, i si després es vol recuperar el cos per enterrar-lo, tot s'ha de tramitar a través de la funerària. El problema és que enterrar un cos de 200 grams costa més o menys el mateix que enterrar un adult de 80 quilos —és a dir, molts diners—, i que la majoria de parelles decideixen no gastar-se'ls. (Diari de camp, 2 de juliol de 2018)

Després és quan les llevadores em parlen d'aquesta dona que no volia fer-se càrrec del seu nadó. A dia d'avui, comprovo que, com apunta la Marina, des de 2016, arran d'una sentència del Tribunal Constitucional (Sentència 11/2016 del Tribunal Constitucional, de 1 de febrero, sobre el recurso de amparo núm. 533-2014, 2016), les famílies tenen dret a donar sepultura als seus fetus nascuts morts, però a més, a partir dels 180 dies de gestació és obligatori enterrar o incinerar el cos, que ja es considera «resta humana» (no «resta quirúrgica») perquè ja s'inscriu al Registre Civil (Article 7.2. del Decret 297/1997, de 25 de novembre, pel qual s'aprova el Reglament de policia sanitària mortuòria, 1997; Disposició addicional quarta de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil, 2011). En aquest punt voldria subratllar, d'una banda, com, en aquesta manca de seguretat o aquests equívocs sobre la gestió de les restes que tenen tant la ginecòloga com les llevadores, torna a aparèixer la frontera de les 22 setmanes com a generadora de *personhood*, encara que la normativa i la jurisprudència actuals vagin en una altra direcció.

D'altra banda, en el darrer extracte del diari de camp apareixen els recursos econòmics familiars com a factor que fa que les dones o les parelles decideixin no recuperar el cos per a l'enterrament o incineració. Certament, abans de la setmana 26, les famílies poden decidir no enterrar o no traslladar el fetus mitjançant els serveis funeraris. Això significa que serà l'hospital qui incineri les restes fetals, de manera que posteriorment no es podrà identificar el lloc ni la data en què han estat dipositades. Podria pensar-se que la decisió de les famílies d'enterrar el fetus o de deixar-lo a l'hospital podria marcar una frontera per a la *personhood* i la subjectivitat materna, però en ser una pràctica que té un elevat cost econòmic, també implica que les famílies més pobres es poden veure obligades a no donar una sepultura digna al fetus encara que ja l'haguessin vist i pensat com a persona. Això és el que li passa a la Salimah, que no només és víctima de la desigualtat econòmica sinó també del racisme:

A l'hora de sopar, una professional que totes coneixen però que jo mai he vist a la sala de parts i no sé quin paper té, explica que ha parlat amb la Salimah, la dona que havia parit un fetus mort de 23 setmanes i que tenia algun problema amb la recuperació del fill per enterrar-lo. El cas és que la Salimah volia enterrar el fill al Marroc, però traslladar el cos tenia un cost econòmic impossible d'assumir per ella

en aquests moments, i demanava si li podien guardar al dipòsit durant un any, fins que ella reunís els diners. Li han dit que no, que no podien guardar un cos durant tot un any. Segons la professional, visiblement enfadada, la Salimah feia com si no l'entengués: «Sap greu dir-ho, però és que sempre fan el mateix [el plural es refereix als immigrants]: t'entenen perfectament, i quan els dius una cosa que no els agrada o que no és el que volen sentir, aleshores fan com que tenen problemes amb l'idioma». Al final, han quedat amb la Salimah que intentarien resoldre-ho amb la treballadora social, però ella [la professional] diu que ella ja sap que no s'hi podrà fer res i que aquest fetus acabarà a la fossa comú.

Així, les dones que han perdut un embaràs i que estan situades en una intersecció de posicions vulnerables veuen compromesa les seves actuacions com a mares d'un fill sense vida.

7.3. Els espais obstètrics i la planta de maternitat, espais pensats per a una vida sense mort

En un moment de la nostra conversa, que és llarga perquè han fallat dues dones seguides a la visita, [l'Amanda, llevadora a l'ASSIR] em deixa anar que ella no podria estar a pal·liatius, i que sent que ella treballa en l'altre extrem, el de la vida, no el de la mort: una simplificació total d'aquests dos «extrems», penso, perquè ni el naixement és només vida ni la mort és només mort. (Diari de camp, 19 de setembre de 2019)

L'Andrea em dona còpia dels papers de què hem parlat, i buscant-los, troba un certificat de defunció (sense emplenar), i diu: «¿Uy, y eso qué hace aquí? Si se muere un bebé se rellenan el papel rosa y el del INE, y si no es en el parto o a las 24 horas después ya lo hacen en pediatría...». Jo li dic: «Por si se muere la madre, ¿no?». Ella es queda parada: «Ay, calla, ni lo había pensado. Si un día pasa eso estando yo, me muero». M'explica que va haver de deixar la infermeria i posar-se a estudiar per fer de llevadora perquè quan treballava a planta i es moria algú, ho passava molt malament. Va pensar que si es feia llevadora faria una feina més agradable, de portar vida al món, «Claro, no pensé que los bebés también se podían morir». (Diari de camp, 17 de setembre de 2019)

Aquesta manera de representar-se la professió de l'Amanda i l'Andrea com una professió que està del costat de «la vida» i no del de la mort, com si vida i mort fossin tan

clarament separables, es trasllada a la disposició dels espais hospitalaris, així com de l'ASSIR. Es tracta d'espais pensats per a acollir naixements de bebès amb vida, i la possibilitat de la mort i la sensibilitat arquitectònica cap a aquelles persones que la pateixen en tant que mares o pares, brillen per la seva absència. Les llevadores, les ginecòlogues i les dones entrevistades tenen clar que això forma part de la cura i que una dona que acaba de perdre o està en el procés de perdre un embaràs no hauria d'estar a la planta de maternitat on se senten plorar bebès, com vèiem més amunt, quan la Marina demanava habitació per a l'Àlicia a la planta del costat. De vegades, però, això no és possible, ja sigui per manca de recursos o de planificació, com li va passar a la Coral, cosa que, a la seva carta, demana que rectifiquin.

Vaig posar lo de que et posin en una planta de maternitat. Vaig dir «M'és igual, encara que em posis amb les escombres! No em pots posar en una planta on tot el dia estan nens plorant, la gent va amb bombons i està rient i està súper feliç... perquè jo m'estic morint i tu m'estàs posant aquí...». (Coral)

Però no tot s'acaba amb l'ingrés hospitalari separat de les dones que perden un fetus o un nadó, també hi ha espais on les dones que fa poc que han perdut embarassos son presents i que han de compartir amb dones embarassades de fetus vius. El doctor Taulé, per exemple, es queixa d'haver de fer les visites de postpart de dones que han parit nadons morts i que aquestes hagin de compartir la sala d'espera amb tota la resta d'embarassades, i la Isabel, la psicòloga de l'ASSIR, fa temps que demana que li posin la consulta a l'altra punta del passadís, lluny de la sala dels cursos de preparació al naixement o de ioga per embarassades, lluny de les embarassades cofoies.

Hi ha altres elements de l'espai, però, que no depenen tant de la direcció del centre o d'una disposició arquitectònica difícil de modificar, sinó amb petits elements que impliquen que allà s'hi va a parir nens vius, com ara un pòster de promoció del «pell amb pell» amb una foto d'una mare amb el nadó al damunt, en una de les sales de dilatació de la sala de parts, la sala on va parir l'Àlicia, o al punt de control de la sala de parts, durant l'època de Nadal, un tió molt graciós al qual li havien posat bolquers, per no parlar de la decoració de motius infantils de la planta de maternitat.

En la vida quotidiana, els espais de la vida i la mort s'intenten separar: la vida ho ocupa tot i la mort ocupa, principalment, sales de vetlla, cementiris, espais religiosos. L'única excepció són els hospitals. I tot i això, la mort s'expulsa ràpidament de les plantes de l'hospital i s'amaga als soterranis per ser traslladada als tanatoris el més aviat possible. Només en les àrees ginecoobstètriques mort i vida segueixen un temps l'una al costat de l'altra, no perquè es cregui que hagin de conviure-hi, sinó perquè s'obvia la mort. Malgrat que, com dèiem a l'inici de l'apartat, la vida sempre es col·li en la mort i la mort en la vida, la separació d'aquests espais és fonamental: així, en moments en què sembla que el món s'hagi aturat perquè s'ha aturat per sempre la vida d'una *persona*, la vida quotidiana —és a dir, la vida—, també s'atura encara que sigui durant uns dies; així, l'afligit no s'ha de topar amb els feliços. Si això és així per a totes les morts excepte per a les morts fetals, ¿deu ser que aquestes morts no són morts de *persones*?, ¿deu ser que aquestes mares són menys mares que les altres?

Fins aquí hem vist com l'estatus de persona del fetus i la subjectivitat de mare es continuen produint al llarg del segon trimestre, en què el reconeixement d'aquest estatus i subjectivitat comença amb algunes vacil·lacions, i el tercer trimestre, on es torna absolut. Ho veiem a través de l'empatia i les emocions de les professionals davant la pèrdua, així com en els diversos l·lindars que es van travessant al llarg de la gestació: l'ecografia de les 12 setmanes que dóna accés al fetus per primera vegada, l'inici de la calcificació òssia del fetus que fa que el raspat ja no sigui possible, la percepció dels moviments fetals, l'assignació del sexe i el gènere del fetus i el l·lindar canviant de la viabilitat. Finalment també hem vist com les pràctiques hospitalàries de gestió corporal i simbòlica del dol, així com la distribució dels espais de vida i de mort, també tenen implicacions a l'hora produir i reconèixer l'estatus del fetus o nadó i la subjectivitat de mare.

Capítol 8: Fronteres morals en les interrupcions induïdes de l'embaràs

En aquest capítol parlaré de les fronteres morals a l'hora de fer i desfer la *personhood* de l'ésser en gestació i la subjectivitat de mare que tenen lloc quan l'avortament és induït i, per tant, en última instància, fruit d'una presa de decisió. Distingeixo, i separo en dos apartats diferents, les interrupcions que es donen en el primer trimestre i en què allò que la dona no desitja o no pot assumir és l'embaràs *per se*, i les interrupcions d'embarassos desitjats i/o assumits que se succeeixen a un pronòstic de discapacitat de la persona que hauria nascut, pronòstic que normalment es fa en les ecografies de la setmana 12 o de la setmana 20.

8.1. La frontera moral en la interrupció d'embarassos rebutjats

Sembla senzill: si una no vol o no pot assumir un embaràs i acudeix als serveis de salut per interrompre'l, aleshores no es tracta d'una pèrdua, no s'ha començat a generar la *personhood* de l'embrió i la dona no ha fet el gest d'adopció que la comença a transformar en una mare. Com apunta Morgan (1996), algunes posicions feministes que veurien la subjectivitat materna de la dona que avorta com un punt feble per als arguments per defensar el dret a l'avortament lliure (vg. Sherwin, 1982; citada a Morgan, 1996) defensen que caldria pensar-ho així. I així és com ho veuen les ginecòlogues de l'hospital amb qui parlo del tema, que admeten que en una pèrdua de l'embaràs de primer trimestre l'embrió pot ser un fill per a la mare, però durant la conversa no se saben avenir que un avortament de les mateixes setmanes de gestació decidit per la dona pugui també ser una pèrdua fins que no els poso exemples de situacions concretes de les meves amigues. La Lara, que va escriure, justificant-se, una carta a l'embrió que finalment va decidir avortar; la Teresa, que anys més tard va posar-li nom i li va cantar *El noi de la mare* per poder tancar el dol, o la Mar, que l'hagués tingut si no fos que la seva parella no en volia ni sentir a parlar i que el va plorar força temps. A mi se'm fa difícil avenir-me que aquestes professionals no hi hagin pensat abans, i l'única mitja excusa que els puc concedir és que a l'hospital d'Ossina no es practiquen interrupcions de l'embaràs de primer trimestre. Però el cert és que així ho devia pensar jo també, implícitament, en redactar el projecte de doctorat i excloure els casos d'avortament voluntari de la realitat a

estudiar. Els casos observats s'han observat gairebé per accident, per vicissituds del treball de camp.

Tanmateix, les raons per interrompre un embaràs son diverses i poden ser diferents a la manca de desig de maternitat, com per exemple econòmics o de manca de suport de la parella o familiar; els processos de decisió son oscil·lants i precisen d'una imaginació que ens transformi en mares encara que sigui per uns instants, i, vulguem o no, ens trobem en una societat que tendeix a convertir ràpidament una ratlleta en un test d'embaràs en un bebè. Així, un procés d'avortament induït per decisió pròpia, es pot dur a terme amb una producció de *personhood* i subjectivitat materna que s'han fet i s'han desfet en la notícia i en la decisió, o que potser encara no s'han acabat de desfer del tot.

Quan això és evident, com en el cas de la Ramona, la llevadora de l'ASSIR encarregada d'aquests avortaments, l'Elisa, fa el possible per esborrar aquesta *personhood* de l'embrió, cuida el seu vocabulari i les imatges que fa servir, i aquesta col·laboració per a l'esborrament és una pràctica de cura.

La Ramona és una dona gitana que ve a fer la segona visita per a l'avortament voluntari, és a dir, la visita que es fa un cop passats els tres dies de reflexió obligatoris. En aquesta segona visita se li dona, per prendre allà mateix, la medicació que interromp l'embaràs, i, per prendre a casa, la medicació expulsiva, un protocol, per cert, que assegura que l'embrió mor abans de l'expulsió, un gest que n'evitaria un suposat patiment i que per tant li dona estatus de persona. L'Elisa no coneix el cas de la Ramona i li demana que li expliqui «què ha passat»:

[...] A la Ramona se li neguen els ulls. Diu que s'ha quedat embarassada i que vol avortar, però que li fa molta pena. L'Elisa li pregunta si n'està segura, i ella diu que sí. Té tres fills, i a la nena gran li van diagnosticar una malaltia degenerativa rara quan tenia sis anys i va començar a anar malament a l'escola. Ara en té 13 i l'ha de cuidar de manera molt intensiva: «Como a un bebè», diu ella. Ens diu que ja no camina gens i que s'ha quedat cega. Diu que si no tingués la nena el tindria, i que potser més endavant, quan la nena no hi sigui, tindrà més fills, però ara no pot. La Ramona està preocupada perquè no sap com és ara l'embrió. «¿Ya hay vida?», pregunta. L'Elisa minimitza tot el que pot les expressions que farien humà l'embrió. La Ramona, en canvi, tota l'estona fa servir paraules humanitzadores. Per exemple, quan li explica el procés, l'Elisa dibuixa un úter amb un sac, i li diu

que «con esta pastilla» [la que es pren a la consulta] «el embarazo se para, deja de avanzar», i la Ramona respon: «Ah, ahí ya se muere», i l'Elisa: «Bueno. Se para». Abans d'aquesta explicació, però, l'Elisa li passa a la Ramona un qüestionari que ha de passar per a estadístiques. Una de les preguntes és sobre els ingressos, i la dona respon que ella té el PIRMI i l'ajuda de la nena, i que a l'home el van cridant de tant en tant per anar a recollir ferralla. L'Elisa li diu que ara tampoc estan en una bona situació per tenir més fills. La Ramona, però, l'hi discuteix, li diu que no és pels diners que ho fa, que «Donde comen dos, comen tres», que a les gitanes no els importa tenir 4 o 5 fills, però que amb la nena no pot. Torna a plorar, i diu que «Las mujeres gitanas no abortan», i que no ho ha de saber ningú de la família. El seu marit sí que ho sap, però han decidit mantenir-ho en secret, perquè està molt mal vist en el món gitano.

[...] [Després de parlar breument sobre la necessitat de trobar un anticonceptiu que li vagi millor que la pastilla que s'ha oblidat de prendre], l'Elisa li explica tot el procés. Primer, li explica que la pastilla «pararà l'embaràs». La Ramona es pren la pastilla, i torna a repetir: «Ahora ya se muere, no?» Després, li explica que d'aquí a dos dies, prendrà unes altres pastilles per a l'expulsió. Quan parlen de l'expulsió, l'Elisa li diu que sortirà «un coagulet», i que quan hagi sortit, el dolor disminuirà. «Eso es el saco, no?», «Bueno, es un coágulo, no sabemos qué hay».

[...] Més tard l'Elisa m'explica que quan les veu [a les dones] tan afectades intenta no dir res sobre el sac o sobre l'embrió perquè «veus que algunes tenen la sensació de estar matant algú» (Diari de camp, 5 de juliol de 2019).

Aquest cas commou l'Elisa, que intervé traient-li estatus a l'embrió. Tanmateix, l'Elisa té una perspectiva moral: la Ramona està preocupada per «la vida» i està dedicada a la seva filla malalta: és ja una «bona mare» que no només se sacrifica cuidant, sinó que també sacrifica alguna part de la seva identitat avortant com se suposa que no fan les dones gitanes. La cura empàtica cap a aquesta dona està, doncs, justificada. M'adono d'aquesta perspectiva moral de l'Elisa quan anem a esmorzar i, xerrant sobre el cas, compara la Ramona amb altres dones que sol·liciten un avortament i que «senzillament passen de tot»: no han pres precaucions, són promiscues, o diuen tan tranquil·les «Vengo a por la pastilla». Amb aquestes dones es posa molt nerviosa, i per com en parla veig que no les pot suportar. M'explica que amb elles és *borde* (sic) i que els diu «No. A por la pastilla, no. Tú vienes a hacer un aborto», convertint l'asèptica «pastilla», potser ja un gest d'autocura de la pròpia dona, en alguna cosa amb més pes moral, un avortament.

El segon i darrer cas que observo amb l'Elisa és un terme mig: no veig afirmacions d'aquest estil, però sí que veig l'antipatia que li provoca una dona panamenya casada, amb dos fills adolescents, i embarassada fruit de la relació amb un amant. Tot i que és una segona visita i abans que la dona entrés ja hem revisat la història clínica on diu això de l'amant, en la consulta ella, quan en té la oportunitat, fa com si no en sabés res i li pregunta d'on surt l'embaràs, fent que la dona hagi de respondre que «*esto es un asunto privado*» i miri cap avall avergonyida. Després d'això li parla sobre anticonceptius i malalties de transmissió sexual amb un to paternalista, i finalment la cuida explicant-li detalladament com serà el procés, sense utilitzar paraules que puguin donar estatus a l'embrió i insistint que ho faci acompanyada d'alguna amiga. Quan la dona marxa rebufo i diu que no entén això de l'amant, que «la gent fa unes coses...», i rebla amb una frase amb més d'un prejudici implícit: «Aquesta, si no arriba a ser que el marit porta la vasectomia, segur que li hagués encolomat».

És a dir, l'estatus de l'embrió o el pes de l'acció d'avortar es reequilibra en un sentit o en un altre, segons el judici moral que fa la professional de la dona que té davant, que, com a mínim en la professional observada, coincideix amb la moralitat dominant, en què les dones sacrificades, les que practiquen sexualitats normatives o que se senten culpables (com unes bones mares) han de ser cuidades, mentre que les que no, les irresponsables i les infidels (que mai serien bones mares), son castigades, avergonyides o tractades amb paternalisme.

8.2. La frontera moral en interrupcions induïdes després d'un pronòstic de discapacitat

La propera visita a la consulta de l'Amanda, llevadora a l'ASSIR d'Ossina, és una visita de seguiment del puerperi com n'hi ha tantes, si no fos perquè aquesta és excepcional: el recent nascut és un bebè amb síndrome de Down, i els seus pares sabien que probablement seria així ja que en el cribratge de trisomies de les 12 setmanes els havia sortit un risc molt alt, d'una entre tres possibilitats, segons m'explica l'Amanda abans que la parella amb el nadó entri a la consulta. L'Amanda resol dubtes sobre l'alletament i revisa el perineu de la dona. La parella, contenta, ens ensenya fotos del nen rient o en braços de l'avi, ens explica que ja s'han començat

a posar en contacte amb associacions de famílies amb fills amb síndrome de Down, i després el bebè es desperta i l'Amanda i jo li anem a dir cosetes. La visita no té res d'especial excepte que, en l'actualitat, el naixement d'una criatura amb síndrome de Down comença a ser rara (Donoso, 2012; Natoli et al., 2012), fins i tot malgrat que avui dia tenim els fills més tard i per tant n'augmenten les probabilitats.

Com apunta Rapp (1999) i com s'ha mostrat al capítol 5, un diagnòstic de síndrome de Down o una altra condició que faci preveure una discapacitat posen la dona, que ja s'havia compromès amb l'embaràs i ja havia fet el gest d'adopció (Boltanski, 2004; Imaz 2010) de la persona que havia de néixer, en la posició d'haver de prendre una decisió que posarà en joc dilemes ètics, responsabilitats repartides desigualment entre gèneres i classes, significats compartits de la discapacitat, expectatives de la maternitat i de com han de ser els propis fills, i l'amor matern que ja es pugui estar sentint pel fetus.

La Montse, que en l'entrevista parla del cas hipotètic que es quedés embarassada d'un fetus amb síndrome de Down, apunta la càrrega de feina com a raó principal per avortar, però també mostra com aquest procés de decisió canvia quan canvia el context i apareix una subjectivitat de mare normativa, que sent aquest amor tan gran que ara potser la faria sacrificar-se i assumir «la càrrega»:

Jo tenia bastant clar que si era Down avortava. Si era Down avortava *con mucho pesar*. O sea, la idea d'això em provocava molt *pesar*, però el meu pensament era que si això passava, avortava. Ho tenia molt clar. [...] La raó per avortar era que, bueno, tenir un nen amb síndrome de Down, ho veia en aquell moment com un gran problema, una gran càrrega. Ho veia des d'aquest punt de vista. [Ara], al ser mare, m'he sensibilitzat molt. Llavors, ara, si tingués un fill... si jo em quedés embarassada una altra vegada i tingués un Down no tindria clar el que faria, perquè al ser mare se m'han despertat tota la... un sentiment maternal molt gran que fa que ara mateix no sé què faria (Montse).

La Sònia, que decideix avortar un nen a qui se li va detectar la manca de cos callós durant l'ecografia de les 20 setmanes, i a qui no se li va assegurar cap grau de discapacitat concret («mínim un 25%, màxim un 100%, no se sap realment a què li afectarà, ni com sortirà, ni quan ens donarem compte...»), ho té clar, i apunta que no només ho fa per ella mateixa sinó

també per la criatura, però també mostra la duresa d'aquesta decisió i com la seva subjectivitat materna no ha desaparegut:

Teníem molt clar que no volíem una criatura amb problemes, ni per ella, ni per nosaltres. Això ho tinc molt clar, però clar, el problema és quan prens la decisió de..., bueno, de matar el teu fill. I suposo que és el sentiment de culpa que tens encara que sàpigues que el que has fet és el que volies i està bé, no? [...] I la sensació de quan vaig parir-lo, que se m'escapava tot, que se m'escapava tota la vida, era meva. [...] Quan passava per davant de l'hospital, no és que fos un trauma, però pensava «Encara estarà aquí?», «Què n'hauran fet?». (Sònia)

Per últim, la Bea, que avorta a les 13 setmanes un fetus amb síndrome de Down i diverses malformacions cerebrals, també des d'una subjectivitat de mare normativa, no addueix la càrrega de feina, sinó el patiment matern en veure el fill «així». La Bea, a més, mostra la dificultat de la presa de decisió i com finalment el seu entorn hi intervé:

La meva parella, al final em va dir «Farem lo que tu vulguis», perquè és que jo deia «No, no, és que l'he de tenir, és el meu fill», saps? I dius, és que porto tres mesos parlant amb ell i fent-me a la idea, tenia coses comprades. Li vaig començar a comprar brusetes, la primera roba per a l'hospital, o sigui, va ser «Aquest cop sí» [havia tingut una pèrdua de primer trimestre]. I clar, jo aquella decisió vaig trigar molt a prendre-la, o sigui, va ser llegir molt, mirar molts casos per internet... que això realment no és bo... [...] Jo encara avui em plantejo «Vaig fer bé o vaig fer malament?», saps? Que cada vegada, i ara més tenint l'Oriol [fill nascut viu], penso «No, a veure, vaig fer bé perquè l'Oriol és un nen sa... I l'altre què hagués sigut? O sigui... Un nen que neix per tenir-lo en una habitació connectat a *tubos* per menjar, per respirar... és que estàs portant al món un nen que no té qualitat de vida, ni ell, ni la família, perquè tu com a mare pateixes veient el teu fill així, o sigui és que no... Però clar, això costa, i en aquell moment tu no et plantejes com serà aquell nen, tu et plantejes que has de perdre el teu fill, saps?

[...]

O sigui, la meva cunyada és psiquiatra, i ella també em va ajudar molt a dir... o sigui, a donar-me força per prendre la decisió que vaig prendre [...]. Parles amb gent, i et fan veure que no, que és molt egoista per part teva portar un nen així. (Bea)

Sigui com sigui, però, el cert que el fet que un pronòstic de discapacitat acabi amb una interrupció induïda de l'embaràs és avui dia norma social per a la població occidental de classe mitjana (Lawson, 2006), i és que aquesta decisió es pren en un règim tecnocientífic i de control

de qualitat (Rapp, 1999; Tremain, 2006), així com en el marc d'una societat capacitista, individualista i masclista, que no ofereix recursos suficients a les famílies amb membres amb discapacitat, on el model de família nuclear que cuida en solitari dels seus fills (Del Olmo, 2013) i les desigualtats de gènere que fan que la responsabilitat de la cura caigui en la dona, que, al cap i a la fi, complica molt el fet de poder imaginar un futur que compleixi les expectatives de la maternitat que una es pugui haver forjat. A més a més, es tracta d'un cercle viciós, ja que si l'avortament selectiu és una opció, tenir una filla o un fill amb discapacitat també ho és, la qual cosa, en una societat neoliberal i individualista com la nostra, podria ser un argument per oferir encara menys recursos a les famílies. Així, les dones, mitjançant el xantatge de la llibertat per escollir, acaben havent d'assumir individualment la responsabilitat de complir amb l'agenda eugenèsica col·lectiva.

Tornant de l'habitació de la Noemí, una dona que ha decidit avortar un fetus amb síndrome de Down, xerro amb el Marce, el llevador que l'ha visitada. La Noemí, que havia arribat a l'hospital molt serena després de fer unes compres al centre comercial amb la seva germana, s'ha desmuntat quan hi hem anat nosaltres avisats des de planta perquè havia començat a sagnar. Quan es sobreposa, es disculpa: «Perdoneu, no sé què m'ha agafat ara, en realitat ho porto molt bé». Pel passadís comento al Marce que ha de ser dura, la situació de la Noemí. El Marce respon «Sí, però què has de fer?». Em sorprèn la inevitabilitat que proposa aquesta frase, com si en realitat no hi hagués res a decidir: «Ja sé que poden tenir una vida més o menys feliç, però esclar, té unes limitacions... et limites molt la teva vida i la d'ell». El discurs dels límits per a la vida, com si tota vida no estigués sempre limitada, domina entre els professionals de l'hospital. Quan la Kim, la dona que s'havia posat de part a les 21 setmanes arran d'una condició que fa hiperlaxes els teixits, marxa de la consulta, el Taulé diu: «Jo, ho sento, però aquesta gent estan portant un nen malalt al món. No ho entenc, perquè aquesta malaltia és dominant [genèticament], així que el nen segurament també la tindrà». Em pregunto si s'adona que dir això és invalidar la vida, no només del nen, sinó també la de la dona.

El mateix dia, el doctor visita una parella magribina que ha decidit no avortar un embaràs d'un fetus amb una malformació a la cama deguda a un accident vascular que fa que el fetus no estigui desenvolupant ni tibia ni peroné, de manera que el peu li queda gairebé enganxat al genoll. Segons m'explicarà més tard l'Ona, ginecòloga a l'ASSIR, és freqüent que les dones musulmanes tirin endavant els embarassos després d'un pronòstic de discapacitat, mentre que, per exemple, les xineses «avorten sense pensar-s'ho». També Rayna Rapp (1999) troba diferències entre comunitats a l'hora d'encarar l'amniocentesi als Estats Units. Després de la visita d'aquesta parella, una visita que passa amablement, el doctor em torna a expressar la seva perplexitat perquè algú decideixi tirar endavant l'embaràs d'un nen amb una cama que no funcionarà normalment, i fa, ara, un comentari racista: «Pobre nen, és una discapacitat greu. Però Al·là és gran».

Ara bé, al mateix doctor Taulé que no comprèn la decisió de tirar endavant l'embaràs d'un fill amb discapacitat, li resulta molt difícil no mirar de salvar un fetus de 24 setmanes, que sap que té una probabilitat molt alta de tenir algun tipus de discapacitat:

[Quan marxa la Kim] Aprofito per preguntar-li com surten els prematurs de 24 setmanes, i em diu que generalment surten molt malament. En aquest moment, el seu cervell només té dues circumvalacions. Busca fotos a Google [d'imatges ecogràfiques] de cervells de fetus de 24 setmanes i de 36 i me les ensenya perquè les compari. M'explica que n'hi ha molts que queden molt i molt malament, quasi vegetals, també molts que potser poden caminar i fer algunes coses, alguns poden sumar i restar, però poca cosa més, i uns pocs sortiran bé. Diu que és un tema molt difícil, perquè cada vegada hi ha més tecnologia i més mitjans per mantenir una vida prematura, i quan comences a poder mantenir una vida, i n'hi ha alguna que surt bé, ¿en quin moment t'atures i dius «Això ja no ho salvo?».

Així val la pena apuntar que la mena de discapacitat que degrada la *personhood* del fetus és la congènita, i en canvi no ho és la iatrogènica que es deriva de l'esforç de salvar un nadó al límit de la viabilitat que, segons dades d'hospitals d'alta tecnologia dels Estats Units al 2012, té entre un 45% (a les 22 setmanes) i un 30% (a les 24 setmanes) de probabilitats de tenir una discapacitat greu o moderada (Moore et al., 2012).

Així doncs, en aquesta societat capacitista, només el discurs segons el qual l'avortament és el que convé a l'infant és capaç de disculpar la manca de sacrifici d'una bona mare a l'hora de cuidar dels seus fills, transformant-la paradoxalment en la bona mare que sacrifica els seus fills per amor —com passa de vegades en situacions de violència extrema—, protegint-los d'una vida limitada, indigna i invàlida. Per contra, un (bon?) metge intentarà salvar, gairebé al preu que sigui, algú a qui ja considera el seu *pacient*. Pel que fa a la *personhood*, hi ha un moviment ambivalent, ja que en declarar la vida del fetus com a vida limitada, prescindible, que no val la pena conservar, degrada aquest fetus que potser començava a ser persona i el torna menys persona, i alhora, afirmar que tot això es fa pel seu bé li eleva l'estatus.

En suma, en aquest capítol hem vist que, quan l'avortament és induït, les fronteres que marquen la *personhood* i la manera com es caracteritza la subjectivitat de la dona o de la mare esdevenen morals: hi ha bones i males avortadores, i no per casualitat coincideixen amb les bones i les males mares respectivament. Mentre que després d'un pronòstic de discapacitat, la bona mare és la que avorta i la mala mare, egoista, és la que no ho fa, en l'avortament per manca de voluntat o possibilitat d'assumir un embaràs, les bones avortadores són les que ja són bones mares, mentre que les males avortadores són les males mares o les no-mares irresponsables que mai podrien ser bones mares.

Conclusions

Durant l'embaràs, un estat inestable que no exclou mai la possibilitat de pèrdua de l'embaràs, tenen lloc com a mínim dues produccions: la de la subjectivitat materna de la dona que gesta i la de l'estatus de persona de l'ésser en gestació. Aquestes produccions, tot i poder-se percebre des de lluny com a produccions graduals i lineals en què la dona cada vegada és més mare i l'embrió o el fetus cada cop és més fill, observades de prop estan plenes de matisos, desigualtats, estira-i-arronses, tempos compassats i descompassats, parèntesis, desviaments, sotrats i capbussades. En aquesta tesi he volgut seguir i descriure les vicissituds d'aquesta subjectivitat i d'aquest estatus de persona entrevistant dones que han patit pèrdues d'embaràs i observant dos espais ginecoobstètrics públics, un d'hospitalari i un de primari, perquè entenc que és allà, en el dia a dia dels centres sanitaris, institucions amb una autoritat sobre els cossos i la moralitat conferida per la ciència (Foucault, 1963, 1976), on es poden observar les pràctiques professionals, l'ús de la tecnologia, les interaccions entre professionals i dones embarassades, en els moments crítics que posen al descobert allò que normalment no podem veure i que conformen allò que no existia.

La subjectivitat materna pot començar a forjar-se en moments tant primerencs com el moment en què ens responsabilitzem de promoure un embaràs que desitgem. La planificació i la preparació per quedar embarassades poden implicar operacions de canvi corporal i psicològic importants, així com una gestió de les relacions sexuals, un treball reproductiu que generalment assumim i promovem les dones. Actualment, la cerca activa de l'embaràs inclou l'ús de tecnologia, ja siguin tecnologies simples d'ús domèstic (aplicacions mòbils, test d'ovulació, test d'embaràs...), com tecnologies i tècniques que requereixen un maneig professional (ecografia, inseminació, fecundació in vitro...), o tecnologies mixtes, com l'hormonació, que es prescriu professionalment i s'administra domèsticament. La major part d'aquestes tecnologies van dirigides a les dones, i aquelles que anuncien, confirmen o, sobretot, mostren l'existència de material reproductiu susceptible de convertir-se en el material d'un embaràs confirmat, ja poden ser productores de *personhood*. Sobretot en l'àmbit de la reproducció assistida per professionals, atès que es promou la visualització d'imatges que

fan més real la realitat, i que s'acompanyen d'un llenguatge d'afecte, de cura i de responsabilitat cap als òvuls fecundats. Un llenguatge, per cert, diferent al que es fa servir entre professionals, que té més a veure amb metàfores de la productivitat. Tot i que en aquests moments tan primerencs el desenvolupament de la *personhood* ja pot haver començat, el dol per una fecundació in vitro fallida no se sent com a dol legítim.

Després d'un test d'embaràs positiu, les vicissituds de la subjectivitat materna i d'estatus de persona de l'embrió o fetus continuen, o, en el cas d'un embaràs no planificat, comencen. En aquest darrer cas, l'embaràs pot ser assumit o rebutjat. I és que el test d'embaràs no deixa de ser una tecnologia performativa que obre, en la imaginació, la possibilitat de pensar-se com a mare i de projectar la vida d'un fill, encara que sigui per rebutjar-la. Si és aquest el cas, caldrà adreçar-se als serveis de salut on encara la *personhood* i la subjectivitat materna podran aparèixer, reparèixer, desaparèixer o negar-se, segons el judici moral de la professional, que, si coincideix amb la moralitat dominant, pot cuidar la dona que s'ha despistat i se sent culpable traient estatus de persona a l'embrió o pot castigar-la, avergonyir-la o tractar-la amb paternalisme, si la dona s'ha comportat amb «irresponsabilitat». Les bones i les males avortadores coincideixen amb el que haguessin estat bones i males mares.

En el cas d'haver desitjat o assumit l'embaràs, la producció de subjectivitat materna i de *personhood* continua en el desig de moltes dones per informar-se, alimentar-se adequadament, cuidar-se per cuidar o «viure l'embaràs». Tanmateix, aquesta producció s'atura en l'àmbit ginecoobstètric, que no fa seguiment de l'embaràs fins la setmana 8, que pot arribar a negar que els embarassos de menys setmanes de gestació siguin embarassos, i que alhora no fa explícita l'alta probabilitat de pèrdua de l'embaràs en aquesta edat de gestació. Això últim contribuiria a normalitzar la pèrdua i a protegir les dones davant d'aquesta producció primerenca de subjectivitat materna. A partir de la setmana 8, els espais de seguiment de l'embaràs confirmen l'embaràs en cada visita, en cada ecografia i en cada escolta del batec, però tot i que aquesta confirmació podria entendre's com la prova que l'embaràs és un estat fràgil o precari que pot acabar-se abans del naixement del nadó, en aquest espai se segueix treballant com si la pèrdua no existís fins el moment en què, efectivament i

individualment, existeix. Això, per descomptat, contribueix a generar i mantenir el tabú de la pèrdua de primer trimestre. Com mostren els casos de les dones que, a causa d'una repetida experiència, pròpia o vicària, són conscients que les pèrdues de l'embaràs en aquests moments són freqüents, la importància de normalitzar aquestes pèrdues és cabdal per pausar la formació d'una *personhood* i una subjectivitat maternes, per relativitzar-les, i, per tant, per patir menys. La invisibilitat de la pèrdua en els espais de seguiment, però, és paradoxal, perquè les dones que han patit una pèrdua avançada sí que hi son, encara que estiguin en silenci. Son elles les que han de patir en veure les panxes de les altres quan van a la visita de quarantena o en sentir la xerrameca i els plans de futur de les participants als grups de ioga o de lactància, quan van a veure la psicòloga de l'ASSIR. S'han hagut de ficar en un espai físic de producció de maternitat i elles ja no son mares. Així, en la planificació dels espais físics del seguiment de l'embaràs, tant les presències i com les absències de la pèrdua s'haurien de tenir en compte.

Els espais de seguiment que condueixen les llevadores són els espais on la subjectivitat materna i la *personhood* es produeixen més activament, ja que es tracta d'espais on, a més de l'esperable intervenció en la salut de la dona embarassada i del fetus, sovint també s'enfoca com l'acompanyament d'«una experiència», gairebé en el sentit que se li ha donat en la societat de consum contemporània, en què és sinònim de «plenitud, intensitat, qualitat i satisfacció» (Monteagudo, 2008). La desatenció de les dones, no només a la salut, sinó també al procés en tant que tal, sorprèn, neguiteja i enfada les llevadores. Aquesta promoció de l'experiència conscient i atenta de l'embaràs i de la pèrdua que fan les llevadores es pot vincular també a les recomanacions en cas de pèrdua gestacional avançada, en què s'aconsella que les dones visquin l'experiència de la maternitat durant uns minuts o unes hores veient, agafant i acaronent el nadó sense vida, així com fotografiant-lo o creant altres records d'aquest moment que, malgrat la duresa, també es viu com un moment intens i de gran bellesa. I també tindria relació amb la decisió de manejar els avortaments de primer trimestre de manera expectant. Tot això és coherent amb el fet que la professió de les llevadores, tal i com s'exerceix actualment, sigui deutora del moviment per la salut de les dones (*Women's Health Movement*) sorgit en la segona onada feminista, que, entre d'altres, vol desafiar la medicalització de

l'embaràs, la relació tradicional entre metge i pacient i fomentar que les dones coneguin i controlin els seus cossos. Aquesta manera d'enfocar la gestió de l'embaràs pot empoderar les dones, però, com apunta Wetterberg (2004), també acaba responsabilitzant les dones del procés i del resultat de l'embaràs, invisibilitzant els homes i allunyant-los d'una responsabilitat i una implicació paterna que hauria d'augmentar, i, per tant, produint una subjectivitat materna normativa, que es diferencia de la del pare, i distingeix entre bones i males mares. D'altra banda, molt sovint, les dones que no atenen els seus embarassos i les seves pèrdues tal i com les llevadores recomanarien i desitjarien que es fes, són dones que ja són objecte de discriminació social: (dis)capacidades, grasses, «boges», racialitzades, pobres.

Algunes d'aquestes característiques estigmatitzades que poden tenir les dones, com l'alt pes corporal, coincideixen amb els criteris —inestables i dependents tant de consideracions estadístiques i clíniques com de canvis socials— per classificar un embaràs com un embaràs de risc. L'amoïnament raonable de les ginecòlogues i les llevadores davant del risc, però, s'entremescla sovint amb expressions de rebuig o burla fetes en privat que denoten una fòbia, que converteix la característica corporal en una decisió de la qual es responsabilitza i es culpabilitza la dona, de manera que les dones grasses embarassades són, al seu torn, males mares. A més, la grassofòbia contribueix a infraestudiar les característiques que poden ser diferents en els embarassos «grassos». Un d'ells és l'anomenat «embaràs críptic» (Del Guidice, 2007), en què la dona, normalment grassa i amb regles molt irregulars, no s'adona del seu embaràs fins molt avançada la gestació o fins i tot el mateix dia del part, la qual cosa implica haver d'accelerar el procés de producció de *personhood* i subjectivitat materna o, alternativament, ser una mala mare que no ha desitjat i que no estima el seu fill o filla.

Una altra característica corporal que classifica els embarassos com a embarassos de risc és l'edat de la dona. L'edat es relaciona estadísticament amb la qualitat cromosòmica font de la majoria de pèrdues de primer trimestre, així com de síndromes vinculats a la discapacitat. Sovint, en donar-se com a explicació racional, és font de culpa i de remordiments en dones que han buscat l'embaràs en el moment vital en què els ha sigut possible, un moment que pot

ser biològicament tardà però que és cada cop més normal en les dones occidentals de la classe mitjana precaritzada. Una mirada més global i contextualitzada des dels centres de salut ajudaria a no fonamentar la culpa, la vergonya i la responsabilitat exclusiva tan característiques de la subjectivitat materna normativa.

Un dels espais de seguiment més singulars, però també normalitzats, són les ecografies. Les ecografies són, com ja han apuntat nombroses autores (vg. Duden, 1993; Haraway, 1997/2004; Mitchell, 2001), grans productores de *personhood*. En una sessió d'ecografia no només es comprova que dins l'úter hi ha un fetus humà viu, sinó que també se'l categoritza socialment, assignant-li un gènere, una condició de capacitat o discapacitat, i fins i tot una raça o una pertinença familiar. Algunes d'aquestes categories assignades poden fer que el fetus sigui més persona i la dona embarassada més mare, ja que ens permeten projectar un cos, un nom, uns gustos i una vida, una vida de la qual serem o som responsables, que cuidarem, que estimarem, una vida de la qual en defensarem la dignitat amb alegria o amb esgotament. De fet, en el cas de pèrdua d'embaràs d'un fetus amb uns genitals poc definits, el fet de no poder assignar i anunciar als pares un sexe-gènere clar i «veritable», crea neguit a les professionals, que se senten obligades a triar-ne un, i l'ús, a partir d'aquesta assignació, de les paraules «nen» o «nena», converteixen l'ésser que s'està o s'estava gestant en un infant.

Alhora, i no (o no només) alternativament sinó simultània, algunes categories també poden fer que el fetus sigui menys persona, fins al punt que poden significar que la seva vida no té valor, que no és una vida que valgui la pena ser viscuda i que, a més, pot posar límits a la vida dels qui se'n fan responsables, com és el cas de la discapacitat, i, com és sabut, en altres latituds, és també el cas del sexe-gènere. És més, en una societat eugenèsica com la nostra, prendre la decisió d'interrompre un embaràs per motiu d'un pronòstic de discapacitat en el fetus —una decisió ben legítima quan la cura, sovint molt intensa, de l'infant, adolescent i potser adult amb discapacitat recauria en més en la família que en la comunitat i més en la dona que en l'home—, és vist com una acció ineludible i fins i tot de responsabilitat cívica, una responsabilitat que de nou és de les dones (Rapp, 1999). A la vegada, la possibilitat o la decisió

de la pèrdua induïda, ens pot fer connectar més amb aquest fetus que no naixerà però que estimem o hem estimat i el cor del qual sabem que batega.

A més de situar-lo en unes coordenades socials, la sessió ecogràfica també és un moment performatiu en què se singularitza el fetus. Sovint, tant les dones embarassades com les ginecòlogues les prenen com una sessió fotogràfica en què s'obtenen les primeres imatges del «bebè» (Mitchell, 2001), i amb la contribució de la performance professional de la ginecòloga, sorgeixen la bellesa del fetus, el comportament, i fins i tot la seva personalitat. La singularització seria, segons Boltanski (2004), l'últim graó perquè aquest fetus humà i socialment ubicat sigui una persona, ja que la persona és, per definició, insubstituïble.

Les possibilitats tècniques de l'ecografia i les característiques de la imatge ecogràfica, diferents de les que s'obtindrien mitjançant la fotografia o la ressonància magnètica, no són neutres, sinó que també influeixen a l'hora de crear la projecció de l'ésser que gestem o que perdem, que queda net de sang i vísceres, i que, com que la imatge es pot ampliar, es percep més gran, «més bebè», del que ens semblaria o ens sembla en veure'l en carn i ossos.

A més, les ecografies, així com escoltar el batec del cor del fetus amb un aparell d'efecte doppler, desvirtualitzen la condició vital i de salut del fetus. Per a les dones a qui aquesta incertesa fa patir, l'ecografia i l'escolta del batec poden ser una font d'alleujament, i la resposta empàtica o desconsiderada de la professional pot contribuir a reafirmar, matisar, qüestionar o qualificar la subjectivitat materna que s'està formant a través del patiment per un fill.

Així, l'angúnia de la dona es considera assenyada o comprensible, i la resposta professional és empàtica, en casos de dones que venen amb un sagnat, en el cas del patiment d'una dona que ja ha tingut una pèrdua d'embaràs anteriorment o el cas de dones que s'han sotmès a proves invasives com l'amniocentesi. Les dones que expressen aquest patiment al primer trimestre o que, des del punt de vista de les professionals, abusen del servei de salut, poden ser objecte de burla o fins i tot poden ser castigades, per exemple amb esperes innecessàries, la qual cosa, per una banda converteix les dones en mares «histèriques» o «exagerades» i, per l'altra, treu importància al fetus o embrió a qui, per tant, se li resta una *personhood* que potser ja se li havia atorgat. Un altre cas és el de les exploracions que

presenten incerteses, sospites que alguna cosa no va bé, o revelen una equivocació professional anterior, ja que la tensió que sent la ginecòloga davant del dubte o la possibilitat d'haver comès algun error fa que no pugui demostrar l'empatia que caldria. Altres factors que poden modular la resposta professional són els prejudicis, per exemple davant la pertinença a una classe social baixa o tenir un historial amb més avortaments induïts del que es considera adequat en una dona —futura mare—, responsable.

Igualment, en cas de pèrdua d'embaràs, la resposta de la professional en termes d'empatia ajuda a reforçar o a qüestionar i debilitar l'estatus de persona del fetus o embrió i a donar significat a la pèrdua. Així, al primer trimestre, i atesa l'exposició repetida que tenen les professionals a aquestes pèrdues, a llevadores i ginecòlogues, els és molt difícil connectar amb el dolor de la dona que tenen davant i, de fet, mentre que hi ha professionals que fan autocrítica o (sobre)corregeixen aquesta manca d'empatia, n'hi ha que la defensen argumentant que mostrar-ne és fer més fondo el dolor. En el segon trimestre, hi trobem reaccions ambivalents, sovint empàtiques amb la dona però poc afectades en el *backstage* de l'hospital, i en el tercer trimestre, una pèrdua és dolorosa per les professionals, davant i darrere el teló.

Aquesta empatia o manca d'empatia, doncs, no és arbitrària, i no respon només a la freqüència amb que ocorren les pèrdues ni a la cultura professional o generacional, sinó també al fet de l'existència indefugible d'un cos mort, gran o petit, i d'unes tècniques i pràctiques mèdiques que ofereixen unes possibilitats acotades de maneig de la situació de pèrdua o de crisi i que presenten diferències importants en el terreny simbòlic i material i per tant psicològic. Així, les possibilitats tecnicorporals contribuiran a determinar, no sense ambivalències, l'estatus del fetus, la presència o la manca de reconeixement, i els sentiments de la dona o mare, així com els de l'equip de professionals que l'atén.

Així, en el raspat, mentre que es reconeix un dolor matern que es vol fer passar amb celeritat, es destrueix el cos de l'embrió, eliminant-ne també la dignitat que íntimament se li pogués haver donat. Per contra, en el maneig expectant, que permetria gestionar les restes i donar-se temps per pair l'esdeveniment, el fet de portar l'embrió mort durant un temps fa sentir la dona en els llimbs on una no sap si està o no embarassada ni com ha d'actuar, i en ser

una pràctica defensada des d'associacions relacionades amb el moviment per la salut de les dones com a pràctica emancipadora²⁹, ja no ens subjectiva tant com a mares (o no només com a mares) sinó com a dones feministes. Només dues setmanes després del canvi de trimestre, la calcificació del fetus marca un altre *impasse* important, ja que en cas d'avortament retingut cal passar per un procés de part amb ingrés hospitalari, la qual cosa implica entrar en contacte amb el cos del fetus, amb l'imaginari del part, i amb unes cures i una gestió de la situació que van més enllà del servei d'urgències i que, tot i que cada cop més s'intenta que això no sigui així, de vegades ha de compartir espais físics, visuals i auditius, amb dones que han parit els seus fills vius, amb els plors dels bebès i amb l'alegria dels familiars.

L'última gran frontera que delimita la *personhood* del fetus o bebè és la viabilitat, és a dir, el moment en què el fetus tindria possibilitats de sobreviure fora de l'úter, separat de la mare, de manera que esdevingués un individu amb personalitat civil. També és, doncs, l'edat de gestació en què es contempla la possibilitat que un fetus o bebè sigui salvat en cas de part prematur, i per tant esdevé un *pacient* (Breborowicz, 2001). Es tracta d'una frontera teòrica i canviant, dependent dels avenços tecnològics i mèdics i informada per les dades de la pràctica clínica i dels resultats de centres punters en països anglosaxons. Així doncs, es tracta d'una frontera que no es correspon a la realitat de la majoria de llocs del món, inclòs el nostre context. Així, la frontera entre el que es considera un embaràs interromput i el que es considera una mort, la frontera entre l'esdeveniment que dóna dret a una baixa per maternitat o a una inscripció al Registre Civil, la frontera que esperona les recomanacions de gestió del dol mitjançant el contacte i la generació de records del fetus mort i, finalment, la frontera que marca el que també la professional viu amb dolor, és en realitat prèvia a la possibilitat de supervivència del fetus.

Les pràctiques recomanades per a la gestió del dol dins l'hospital (contacte amb el cos i generació de records), així com la decisió de l'enterrament, també són pràctiques de

²⁹ Vegeu, per exemple, la pàgina web de l'associació El Parto es Nuestro: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/posibles-problemas/perder-tu-bebe-en-el-embarazo/el-manejo-expectante>

reconeixement de l'estatus de nadó i d'experiència de la subjectivitat de la mare. Hi ha casos, però, en què la dona no vol veure o enterrar el nadó, i les professionals poden ser insistents amb les recomanacions. La seva insistència, fins a cert punt beneficiosa, pot estar qüestionant la manera com la mare que es dol vol o pot gestionar la producció i la desintegració d'aquesta subjectivitat i d'aquesta *personhood*. En el cas de l'enterrament, a més, hi entren en joc els recursos econòmics de la família, que poden ser un escull per poder ser i actuar com a mares i pares d'un fill que ha mort. De nou, les desigualtats socials fan que hi hagi mares amb més possibilitats de ser bones mares i nadons sense vida tractats amb més dignitat que d'altres.

En aquesta tesi he dibuixat un panorama de l'atenció a l'embaràs i a la pèrdua en tant que generadora d'una subjectivitat i d'un estatus per mostrar com aquests es despleguen com a categories dinàmiques, dependents dels contextos socials en què es desenvolupen i de les pràctiques materials i semiòtiques que els atenyen. Es tracta d'un panorama ampli en què he inclòs una diversitat de casos, de crisis, d'edats gestacionals, de gestió de pèrdues, de tècniques i tecnologies mèdiques, de perfils professionals, així com una gran diversitat de dones embarassades. Com en tantes altres recerques de tipus qualitatiu, aquesta tesi mostra que no hi ha entitats o subjectes fora de les relacions semioticomaterials que les constitueixen. He mostrat que ni la mare ni el fetus existeixen com a entitats ni aïllades ni independents, ni entre elles ni en relació als dispositius mèdics i les persones que hi participen. Això, però, no implica una desaparició de l'agència de les dones, sinó una multiplicació de les agències que participen de la constitució de la *personhood* i la subjectivitat materna. El resultat d'aquestes dinàmiques de constitució —o resultats, perquè no es tracta d'estabilitzacions sinó de processos— són producte de la confluència de múltiples voluntats, desitjos, creences, esperances i coneixements de les mares que comparteixen agència amb dispositius mecànics, electrònics, farmacològics o institucionals que els matisen, orienten o bifurquen; amb llevadores, doctors, pares, famílies o amistats que opinen, influeixen o afecten, i amb els cossos biològics de mares i fetus que es van co-formant, creixent o desapareixent en un esdeveniment genètic, hormonal i fisiològic únic que és també codependent de l'entorn, dels nutrients, de les cures i de les seves pròpies determinacions. És en aquesta complexitat que màquines, cossos i subjectivitats

naveguen cap a resultats incerts. Espero que, si les mares, els pares, les llevadores, les ginecòlogues i la resta d'institucions socials han d'extreure alguna lliçó d'aquesta tesi, sigui aquesta idea de complexitat, per assumir-la i així tractar el més humanament possible totes les participants d'aquestes situacions.

Potser aquesta és una repetició més dins d'aquesta repetició infinita que és la recerca etnogràfica, que sempre ha d'arribar a la conclusió que al final tot era més complex del que semblava, tot més difícil de desentranyar, pràcticament impossible de posar damunt d'una taula de dissecció a la vista de tothom. En aquesta tesi hi ha una altra iteració d'aquest procés etnogràfic que no s'acaba mai, que segueix intentant, per la tossuderia etnogràfica de voler comprendre el món en què vivim, descriure un camí, si no de causalitats, almenys d'algunes certes. Com totes les iteracions pot contenir errades, però també crec que s'hi poden trobar algunes veritats humanes, especialment les que se situen en la interacció entre persones i entre les persones i les eines que utilitzen. El meu paper ha estat inserir-me en aquest entramat d'agències, escoltar, mirar, apuntar, però també donar una mà i plorar, com una agent més. Aquesta tesi està escrita des d'aquesta posició, una posició adequada per poder oferir, a qui ho vulgui llegir i no vulgui defugir el caos de la realitat, una mirada complexa sobre l'estat dels embarassos a Catalunya avui, sobre aquestes subjectivitats maternes que apareixen i desapareixen, sobre aquests intents de persona que de vegades es fan i d'altres es desfan.

Pel que fa a les línies d'investigació futures, al meu parer, i havent trobat durant el meu treball nombrosos casos d'actituds racistes per part de les professionals i poca bibliografia que les documenti, el més urgent és l'estudi de la subjectivitat materna i de l'estatus dels fetus de les dones racialitzades a la llum de l'atenció ginecoobstètrica que reben. Una altra idea que ha anat sorgint i que no he pogut tractar amb l'atenció que es mereix és la que es refereix a les mutacions que pateix la *personhood* del fetus desitjat amb pronòstic de discapacitat, ja que, com apunten els resultats d'aquesta tesi, es tracta d'un camp dens i complex, ple de capes de significat que se superposen, que es complementen, que es contradueixen i que és necessari desemmullar per a construir una societat menys capacitista que consideri persones les persones amb (dis)capacitat. Per últim, molt més vaga ara per ara, hi ha la intuïció apareguda

al final del capítol 7 sobre la separació convencional, de vegades pràctica i necessària però també contraproductiu, entre la vida i la mort, sobretot quan aquesta distinció ateny i condiciona especialitats mèdiques o infermeres: les disciplines són de vegades fronteres difícils de franquejar, però la que es dedica al principi de la vida faria bé d'acostar-se a la que es dedica al seu final.

Referències

- Abu-Lughod, Lila (1990). Can There Be a Feminist Ethnography? *Women & Performance: A Journal of Feminist Theory*, 5(1), 7–27. <https://doi-org.are.uab.cat/10.1080/07407709008571138>
- Acosta-Torres, Nildabel; Vázquez, Virginia; Dávila-Torres, René R., i Parrilla-Rodríguez, Ana M. (1999). Creencias Hacia la Lactancia Materna y la Actitud Hacia Apoyar la Lactancia en Público en un Grupo de Estudiantes de Salud de una Escuela Superior de la Región Educativa de Caguas. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 18(3). <https://prhsj.rcm.upr.edu/index.php/prhsj/article/viewFile/1232/819>
- Adolfsson, Annsofie; Larsson, P.G.; Wijma, Barbro, i Berterö, Carina (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*, 25(6), 543–560. <https://doi.org/10.1080/07399330490444821>
- Agar, Michael H. (2008). *The professional stranger: An informal introduction to ethnography*. Emerald.
- Akeju, Quinddy (2023). Discriminación racista, misogynoir y su impacto en la salud sexual y reproductiva de mujeres africanas y afrodescendientes residentes en España. A Silvina Ribotta i Carlos Lema Añón (Eds.). *Mujeres y (des)igualdad de oportunidades : análisis feministas del impacto de las injusticias estructurales y las tensiones coyunturales* (p. 139-148). Dykinson. <http://digital.casalini.it/10.14679/1989>
- Alhusen, Jeanne L.; Bower, Kelly M.; Epstein, Elizabeth, i Sharps, Phyllis (2016). Racial discrimination and adverse birth outcomes: an integrative review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(6), 707–720. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12490>
- American College of Obstetricians and Gynecologists i Society for Maternal-Fetal Medicine (2017). Obstetric Care consensus No. 6: Periviable Birth. *Obstetrics and gynecology*, 130(4), e187–e199. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002352>
- Arendell, Terry (2000). Conceiving and Investigating Motherhood: The Decade's Scholarship. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1192–1207. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.01192.x>
- Ariès, Philippe (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen* (Naty García, Trad.) Taurus. (Publicació original 1973)
- Austin, John Langshaw (1988). *Cómo hacer cosas con palabras: palabras y acciones* (Genaro R. Carrió i Eduardo A. Rabossi, Trad.) Paidós. (Publicació original 1970)
- Ayala, Ana; Christensson, Kyllike; Christensson, Eva; Cavada, Gabriel; Erlandsson, Kerstin, i Velandia, Marianne (2021). Newborn infants who received skin-to-skin contact with fathers after caesarean sections showed stable physiological patterns, *Acta Paediatrica*, 110(5), 1461–1467. <https://doi.org/10.1111/apa.15685>
- Babysitio (2018, 22 de juny). *¿Conviene esperar hasta las 12 semanas para dar la noticia del embarazo?* <https://www.babysitio.com/embarazo/conviene-esperar-hasta-las-12-semanas-para-dar-la-noticia-del-embarazo>
- Badinter, Élisabeth (1991). *L'Amour en plus. Histoire de l'amour maternel. XVIIe-XXe siècle*. Flammarion.
- Bayrampour, Hamideh; Ali, Elena; McNeil, Deborah A. (2016). Pregnancy-related anxiety: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115–30. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023>
- Belintxon-Martín, Maider; Zaragüeta, M. C.; Adrián, M. C., i López-Dicastillo, O. (2011). El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 409–418. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300007>

- Betz, Gabrielle; Thorngren, Jill M. (2006). Ambiguous loss and the family grieving process. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14(4), 359–365. <https://doi.org/10.1177/1066480706290052>
- Bhat, Amritha, i Byatt, Nancy (2016). Infertility and perinatal loss: when the bough breaks. *Current Psychiatry Reports*, 18(3). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0663-8>
- Blumer, Herbert George (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Hora. (Publicació original, 1969).
- Bolisetty, Srinivas; Legge, Nele; Bajuk, Barbara, i Lui, Kei, com a membres del New South Wales and the Australian Capital Territory Neonatal Intensive Care Units' Data Collection (2015). Preterm infant outcomes in New South Wales and the Australian Capital Territory. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(7), 713–721. <https://doi.org/10.1111/jpc.12848>
- Boltanski, Luc (2004). *La condition foetale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Gallimard.
- Bonet, Paula (2018). *Roedores. Cuerpo de embarazada sin embrión*. Penguin Random House.
- Boukydis, Zachariah C.F.; Treadwell, Marjorie C.; Delaney-Black, Virginia; Boyes, Kathleen; King, Mary; Robinson, Timberly, i Sokol, Robert (2006). Women's responses to ultrasound examinations during routine screens in an obstetric clinic. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 25(6), 721–728. <https://doi.org/10.7863/jum.2006.25.6.721>
- Breborowicz G. H. (2001). Limits of fetal viability and its enhancement. *Early pregnancy*, 5(1), 49–50.
- Brigidi, Serena; Oliden, Alejandra; Catalán, Carme; Tey Estragués, Laura; Nicodemus Escribano, Míriam; Agüero, Silvia; Barrios Ibars, Isabel; Ferragut, David; Rodríguez-Garrido, Pía; Busquets Gallego, Marta; París García, Iliana; Claramunt, M.Àngels, i Gómez, Ascensión (2019). *Mirades a la violència obstètrica*. Pol-len Edicions.
- Brimdyr, Kajsa; Stevens, Jeni; Svensson, Kristin; Blair, Anna; Turner-Maffei, Cindy; Grady, Julie; Bastarache, Louise; Al Alfy, Abla; Crenshaw, Jeanette; Justo Giugliani, Elsa Regina; Ewald, Uwe; Haider, Rukhsana; Jonas, Wibke; Kagawa, Mike; Lilliesköld, Siri; Maastrup, Ragnhild; Sinclair, Ravae; Swift, Emma; Takahashi, Yuki, i Cadwell, Karin (2023). Skin-to-skin contact after birth: developing a research and practice guideline, *Acta Paediatrica*, 112(8), 1633–1643. doi:10.1111/apa.16842
- Butler, Judith. (2021). *Problemes de gènere: el feminisme i la subversió de la identitat* (Bel Olid, Trad.). Angle Editorial. (Publicació original 1990)
- Cabanillas, Antonio (s/d). *Artículo 30. V|Lex*. <https://vlex.es/vid/articulo-30-229885>
- Cahill, Heather (2000). Male Appropriation and Medicalisation of Childbirth: An Historical Analysis, *Journal of Advanced Nursing* 33(3), 334–42. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x>
- Casper, Monica J. (1994). At the Margins of Humanity: Fetal Positions in Science and Medicine. *Science, Technology, & Human Values*, 19(3), 307–323. <https://doi.org/10.1177/016224399401900303>
- Casper, Monica J. (1998). *The Making of the Unborn Patient: A Social Anatomy of Fetal Surgery*. Rutgers University Press
- Cassidy, Paul Richard (2018). Estadísticas y Tasas de Mortalidad Perinatal en España 1996 - 2016. *Muerte y Duelo Perinatal* 4(mayo-junio),23–34. <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/06/2018-Cassidy-Estadísticas-y-tasas-de-mortalidad-intrauterina-neonatal-y-perinatal-en-Espana.pdf>
- Cassidy, Paul Richard (2021). *Good mothers/bad mothers: Grief, morality and gender inequality in care encounters following perinatal death*. [Tesi doctoral, Universitat Complutense de Madrid].

- Docta Complutense. <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/59545c16-69f5-4922-aa2e-df5a839055a4/content>
- Cassidy, Paul Richard (2023). The Disenfranchisement of Perinatal Grief: How Silence, Silencing and Self-Censorship Complicate Bereavement (a Mixed Methods Study). *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 88(2), 709-731. <https://doi.org/10.1177/00302228211050500>
- Cassidy, Paul Richard (s/d). *Estimación media de cifras de mortalidad gestacional y neonatal en España 2015-2019*. <https://www.umamanita.es/estadisticas-de-mortalidad-perinatal-e-infantil-en-espana/#Resumen>
- Castells, Manuel (1997). *La era de la información: economía, sociedad y cultura*. Alianza Editorial.
- Cavaliere, Giulia., i Fletcher, James Rupert (2022). Age-discriminated IVF Access and Evidence-based Ageism: Is There a Better Way? *Science, Technology, & Human Values*, 47(5), 986-1010. <https://doi.org/10.1177/01622439211021914>
- Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona (2014). *Protocolo: Pérdida gestacional de segundo trimestre y exitus fetal*. <https://fetalmedicinebarcelona.org/protocolos/protocolo-exitus-fetal/>
- Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona (2023). *Protocol: Maneig de la pèrdua gestacional precoç*. <https://fetalmedicinebarcelona.org/protocolos/protocolo-perdida-gestacional-precoz-cat/>
- Chen, Er-Mei; Gau, Meei-Ling; Liu, Chieh-Yu, i Lee, Tzu-Ying (2017). Effects of father-neonate skin-to-skin contact on attachment: a randomized controlled trial. *Nursing Research and Practice*, 2017, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2017/8612024>
- Cole, Joanna C. M.; Budney, Alexandria; Howell, Lori, i Moldenhauer, Julie S. (2020). Developing an infrastructure for bereavement outreach in a maternal-fetal care center. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 47(12), 960-965. <https://doi.org/10.1159/000507480>
- Conklin, Beth A. i Morgan, Lynn N. (1996). Babies, Bodies and the Production of Personhood in North America and a Native Amazonian Society. *Ethos*, 24(4), 657-694. <https://doi.org/10.1525/eth.1996.24.4.02a00040>
- Costeloe, Kate L.; Hennessy, Enid M.; Haider, Sadia; Stacey, Fiona; Marlow, Neil, i Draper, Elizabeth S. (2012). Short term outcomes after extreme preterm birth in England: Comparison of two birth cohorts in 1995 and 2006 (the EPICure studies). *BMJ*, 345, e7976. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7976>
- Côté-Arsenault, Denise (2007). Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research*, 56(2), 108-16. <https://doi.org/10.1097/01.nnr.0000263970.08878.87>
- Cramer, Daniel W., & Wise, Lauren A. (2000). The epidemiology of recurrent pregnancy loss. *Seminars in reproductive medicine*, 18(4), 331-339. <https://doi.org/10.1055/s-2000-13722>
- Davis, Dana-Ain, i Craven, Christa (2020). Feminist ethnography. A Naples, Nancy A. (Ed.). *Companion to feminist studies* (pàg. 281-299). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119314967.ch16>
- Davis-Floyd, Robbie, i Dumit, Joseph (1998). *Cyborg Babies. From Techno-Sex to Techno-Tots*. Routledge.
- de Beauvoir, Simone (1964). *Le deuxième sexe*. Gallimard. (Publicació original 1949).
- Debray, Régis (1994). *Vida y muerte de la imagen. Historia de la mirada en Occidente* (Ramón Hervás, Trad.). Paidós Comunicación. (Publicació original 1992)

- Decret 297/1997, de 25 de novembre, pel qual s'aprova el Reglament de policia sanitària mortuòria (1997). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 2528, 28/11, 1997. <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=161593>
- Del Giudice, Marco (2007). The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A re-appraisal of the “denied pregnancy” phenomenon, *Medical Hypotheses*, 68(2), 250-258, <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.05.066>.
- Del Olmo, Carolina (2013). *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Clave intelectual.
- Delabaere, Amélie; Huchon, C.; Deffieux, X.; Beucher, G.; Gallot, V.; Nedellec, S.; Vialard, F.; Carcopino, X.; Quibel, T.; Subtil, D.; Barasinski, C.; Gallot, D.; Vendittelli, F.; Laurichesse-Delmas, H., i Lémercy, D. (2014). Épidémiologie des pertes de grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 43(10), 764-775. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.09.011>
- DiCaglio, Sara (2017). Staging embryos: Pregnancy, temporality and the history of the Carnegie stages of embryo development. *Body & Society*, 23(2), 3-24. <https://doi.org/10.1177/1357034X17697801>
- Diputació de Girona (s.d.) Glossari. Xifra Informació Estadística Local. <https://www.ddgi.cat/xifra/glossari.asp?id=1324>
- Domènech, Miquel; Íñiguez-Rueda, Lupicinio, i Tirado, Francisco (2003). Georges Herbert Mead y la Psicología Social de los objetos. *Psicología e Sociedade*, 15(1), 18-36. <https://ddd.uab.cat/record/146024>
- Donnison, Jean (1988). *Midwives and Medical Men. A History of the Struggle for the Control of Childbirth* (2a Ed.). Routledge.
- Donoso, S. M. (2012). Veinticinco años de cribado eugenésico en España. *Cuadernos de Bioética*, 23(1), 97-110.
- Duden, Barbara (Ed.) (1993). *Disembodying women. Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Harvard University Press.
- Edvardsson, Kristina; Mogren, Ingrid; Lalos, Ann; Persson, Margareta, i Small, Rhonda (2015). A routine tool with far-reaching influence: australian midwives' views on the use of ultrasound during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0632-y>
- Ellis, Carolyn (2004). *The ethnographic I*. Altamira Press.
- Ellis, Carolyn, i Bochner, Arthur (2000). Autoethnography, Personal Narratives, Reflexivity: Researcher as Subject. A Norman K. Denzin i Yvonna S. Lincoln (eds.). *Handbook of Qualitative Research* (2a Ed.), pàg. 733-768. Sage.
- Emerson, Robert M.; Fretz, Rachel I., i Shaw, Linda (2011). *Writing Ethnographic Fieldnotes* (2a Ed.). The University of Chicago Press.
- Erlandsson, Kerstin; Dsilna, Ann; Fagerberg, Ingegerd, i Christensson, Kyllike (2007). Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*, 34(2), 105-114. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.2007.00162.x>
- Esteban, Mari Luz (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Edicions Bellaterra.
- Esteban, Mari Luz (2017, 22 de maig). *Aproximación a una etnografía somática y vulnerable*. Cicle de Jornades Perspectives Críiques i Feministes en Investigació i Intervenció Psicosocial. Universitat Autònoma de Barcelona.

- Feliu, Joel, i Verdaguer, Maria (20 de maig de 2021). Auto-etno-grafia. El que hem après en no esborrar-nos de la recerca. [Seminari de doctorat]. Programa de doctorat Persona i societat en el món contemporani. Universitat Autònoma de Barcelona. <https://fb.watch/uvMQd50VsW/>
- Flores Pons, Gemma (2014). Estudi de la mort encefàlica. Articular(-se) en la controvèrsia i la multiplicitat [Tesi doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). <http://hdl.handle.net/10803/283216>
- Foucault, Michel (1963). *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France.
- Foucault, Michel (1976). *Histoire de la sexualité, vol. 1, La volonté de savoir*. Gallimard.
- Friedman, Ariela; Weinberg, Hana, i Pines, Ayala (1998). Sexuality and motherhood: Mutually exclusive in perception of women. *Sex Roles*, 38(9), 781-800. <https://doi.org/10.1023/A:1018873114523>
- Fuertes, María Carmen; Elizalde, L.; Andrés, M.R. de; García Castellano, P.; Urmeneta, S.; Uribe, J.M., i Bustince, P. (2010). Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 179-190. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0545>
- Geertz, Clifford (2003). *La interpretación de las culturas* (Alberto L. Bixio i Carlos Julio Reynoso, Trad.). Gedisa. (Publicació original 1973)
- Georges, Eugenia (1996). Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 157-175. <https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00040>
- Ghosh, Sanjukta T. (2016). Feminist ethnography. A Naples, Nancy A. (Ed.). *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118663219.wbegss765>
- Goodall, H. Lloyd (2000). *Writing the new ethnography*. AltaMira Press.
- Gubern, Román (1987). *La mirada opulenta. Exploración de la iconosfera contemporánea*. Gustavo Gili.
- Halcomb, Laura (2018). Men and infertility: insights from the sociology of gender. *Sociology Compass*, 12(10). <https://doi.org/10.1111/soc4.12624>
- Hammersley, Martyn i Atkinson, Paul (1994). *Etnografía: métodos de investigación* (Juan Luis Trejo, Trad.) Barcelona: Paidós. (Publicació original 1983).
- Hamper, Josie, i Perrotta, Manuela (2022). Watching embryos: exploring the geographies of assisted reproduction through encounters with embryo imaging technologies. *Social & Cultural Geography*, 24(9), 1557-1575. <https://doi.org/10.1080/14649365.2022.2073467>
- Han, Byung-Chul (2014) *Psicopolitics: Neoliberalism and New Technologies of Power*. Verso Books.
- Hansen, Megan E.; Goldfarb, Samantha S.; Mercouffer, Ariadna; Dark, Tyra; Lateef, Hanna, i Harman, Jeffrey S. (2022). Racial inequities in emergency department wait times for pregnancy-related concerns. *Women's Health*, 18, <https://doi.org/10.1177/17455057221129388>
- Haraway, Donna (2004). Feto. El espejo virtual en el Nuevo Orden Mundial . A: *Testigo Modesto@Segundo Milenio.HombreHembra@Conoce Oncoratón®. Feminismo y tecnología*. (Helena Torres, Trad.). Editorial UOC. (Publicació original 1997)
- Hays, Sharon (1998). *The Cultural Contradictions of Motherhood*. Yale University Press.
- Hazen Mary Ann (2006). Silences, perinatal loss, and polyphony. *Journal of Organizational Change Management*, 19(2), 237-249. <https://doi.org/10.1108/09534810610648933>
- HelloMami. Ecografías 5D (s.d.). *¿Qué es una ecografía 5d?* <https://www.hellomami5d.es/que-es-una-ecografia-5d/>

- Hill, Briony, i Incollingo Rodriguez, Angela C. (2020). Weight stigma across the preconception, pregnancy, and postpartum periods: a narrative review and conceptual model. *Seminars in Reproductive Medicine*, 38(06), 414-422. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1723775>
- Hollins Martin, Caroline Joy; Côté Arsenault, Denise, i Norris, Gail (2024). Reflective evaluations of perinatal bereavement care provision in the US and UK: An exploratory qualitative comparative study. *Bereavement*, 3. <https://doi.org/10.54210/bj.2024.1119>
- Hopwood, Nick (2000). Producing Development: The Anatomy of Human Embryos and the Norms of Wilhelm His. *Bulletin of the History of Medicine*, 74(1), 29-79. <https://dx.doi.org/10.1353/bhm.2000.0020>.
- Horey, Dell; Boyle, Frances M.; Cassidy, Jillian; Cassidy, Paul Richard; Erwich, Jan Jap H. M.; Gold, Katherine J.; Gross, Mechtild. M.; Heazell, Alexander E. P.; Leisher, Susannah Hopkins; Murphy, Margaret; Ravaldi, Claudia; Siassakos, Dimitrios; Storey, Claire; Vannacci, Alfredo; Wojcieszek, Aleenam, i Flenady, Vicki. (2021). Parents' experiences of care offered after stillbirth: An international online survey of high and middle-income countries. *Birth*, 48(4), 366-374. <https://doi.org/10.1111/birt.12546>
- Idescat (2022). Estadística oficial de Catalunya. <https://www.idescat.cat/>
- Imaz, Elixabete (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. *Política y sociedad*, 36, 97-111. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0101130097A>
- Imaz, Elixabete (2010). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Cátedra.
- Incollingo Rodriguez, Angela C.; Tomiyama, A. Janet; Guardino, Christine M., i Dunkel Schetter, Christine (2019). Association of weight discrimination during pregnancy and postpartum with maternal postpartum health. *Health Psychology*, 38(3), 226-237. <https://doi.org/10.1037/hea0000711>
- Isaacson, Nicole (1996). The fetus-infant: Changing classifications of In Utero Development in medical texts. *Sociol Forum*, 11, 457-480. <https://doi.org/10.1007/BF02408388>
- Jablonka, Ivan (2016). *La historia es una literatura contemporánea. Manifiesto por las ciencias sociales*. Pàg (Horacio Pons, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Publicació original 2014)
- Jaffe, Janet (2017). Reproductive trauma: Psychotherapy for pregnancy loss and infertility clients from a reproductive story perspective. *Psychotherapy*, 54(4), 380-385. <https://doi.org/10.1037/pst0000125>
- Jones, Sarah Lloyd (2015). The psychological miscarriage: An exploration of women's experience of miscarriage in the light of Winnicott's "Primary Maternal Preoccupation," the process of grief according to Bowlby and Parks and Parkes, and Klein's theory of mourning. *British Journal of Psychotherapy*, 31(4), 433-447. <https://doi.org/10.1111/bjp.12172>
- Kersting, Anette, i Wagner, Birgit (2012). Complicated grief after perinatal loss. Dialogues in *Clinical Neuroscience*, 14(2), 187-194. <https://doi.org/10.31887/dens.2012.14.2/akersting>
- Kimport, Katrina (2017). More than a physical burden: women's mental and emotional work in preventing pregnancy. *The Journal of Sex Research*, 55(9), 1096-1105. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1311834>
- Kitzinger Jenny V.; Green, Josephine M., i Coupland, Vanessa A. (1990). Labour relations: Midwives and doctors on the labour ward. A Jo Garcia, Robert Kilpatrick, i Martin Richards (eds.) *The Politics of Maternity Care: Services for Childbearing Women in 20th Century Britain*, pàg. 149-162. Clarendon Press.

- Kogan, Michael D.; Kotelchuck, Milton; Alexander, Gregg R., i Johnson, Wayne E. (1994). Racial disparities in reported prenatal care advice from health care providers. *American Journal of Public Health*, 84(1), 82-88. <https://doi.org/10.2105/ajph.84.1.82>
- Kuo, Shu-Fen; Chen, I-Hui; Chen, Su-Ru; Chen, Kee-Hsin, i Fernandez, Ritin (2022). The effect of paternal skin-to-skin care, *Advances in Neonatal Care*, 22(1), E22-E32. <https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000890>
- Laqueur, Thomas (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Cátedra. (Publicació original 1990)
- Latour, Bruno. (2007). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oup Oxford.
- Lawn, Joey.E.; Yakoob, Mohammad Yawar; Haws, Rachel A.; Soomro, Tanya; Darmstadt, Gary L., i Bhutta, Zulfiqar A. (2009). 3.2 million stillbirths: epidemiology and overview of the evidence review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9(Suppl 1), S2 <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-S1-S2>
- Lawson, Karen L. (2006). Expectations of the parenting experience and willingness to consider selective termination for Down Syndrome. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(1), 43-59. <https://doi.org/10.1080/02646830500475351>
- Layne, Linda L. (1997). Breaking the Silence: An Agenda for a Feminist Discourse of Pregnancy Loss. *Feminist Studies*, 23(2), 289-315. <https://www.jstor.org/stable/3178398>
- Layne, Linda L. (2003). *Motherhood lost: A feminist account of pregnancy loss in America*. Routledge.
- Llei 14/2006, de 26 de maig, sobre tècniques de reproducció humana assistida (2006). Boletín Oficial del Estado, núm. 126, 27/05/2006. <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es/l/2006/05/26/14>
- Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil (2011). Boletín Oficial del Estado, núm. 175, de 22/07/2011. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/07/21/20/con>
- Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, núm. 55, 04/03/2010. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
- Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família (2010). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 5686, 05/08/2010 <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/2010/07/29/25>
- López García de Madinabeitia, Ana Pía. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tlng=es
- Lupton, Deborah (2014). Apps as artefacts: Towards a critical perspective on mobile health and medical apps. *Societies*, 4(4), 606-622. <https://doi.org/10.3390/soc4040606>
- Lupton, Deborah (2015). Quantified sex: a critical analysis of sexual and reproductive self-tracking using apps. *Culture, health & sexuality*, 17(4), 440-453. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.920528>
- Lupton, Deborah (June 13, 2012). Configuring Maternal, Preborn and Infant Embodiment. *Sydney Health & Society Group Working Paper No. 2*, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2273416>
- Luque González, P., i Mora Palma J. C. (2023). Mindfetalness: un método cualitativo de autoevaluación de movimientos fetales. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 50(2), Article 100850. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2023.100850>
- Marek, Maria J. (2013). *Suffering in solitude: Early pregnancy loss experience for Latina women and their family members*. [Tesi doctoral, University of California, San Francisco]. eScholarship.

Open Access Publications from the University of California.
<https://escholarship.org/uc/item/99q9905j>

- Marenzi, Rosanna (2020). *Ambivalencia y heterogeneidad en el deseo de maternidad. El acercamiento autoetnográfico de una profesional de la salud mental*. [Treball Final de Màster no publicat]. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Mark, Kristen P., i Lasslo, Julie A. (2018). Maintaining Sexual Desire in Long-Term Relationships: A Systematic Review and Conceptual Model. *The Journal of Sex Research*, 55(4-5), 563-581. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1437592>
- Markin, Rayna D. (2016). What clinicians miss about miscarriages: Clinical errors in treatment of early term perinatal loss. *Psychotherapy*, 53(3), 347-353. <https://doi.org/10.1037/pst0000062>
- Martínez Bueno, Cristina (2018). *Avaluació de la implementació i desenvolupament del programa: Educació Maternal/Preparació al Naixement en els ASSIR de Catalunya*. [Tesi doctoral, Universitat de Barcelona]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). <http://hdl.handle.net/10803/673919>
- Mead, George Herbert (1990). *Espíritu, Persona y Sociedad* (Floral Mazía i Gino Germani, Trans.). Paidós. (Publicació original 1934)
- Mercadé, Clara; Torà, Anna, i Figueras, Itxaso (2017). Nuevo embarazo tras una pérdida perinatal. Siglantana. *Psicosomática y Psiquiatría*, 0, 38-56. <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/393868/487282>
- Miller, Sarah Clark (2015). The moral meanings of miscarriage. *Journal of Social Philosophy*, 46(1), 141-157. <https://doi.org/10.1111/josp.12091>
- Mills, T. A.; Ricklesford, C.; Cooke, A.; Heazell, A. E.; Whitworth, M., i Lavender, T. (2014). Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(8), 943-950. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12656>
- Mitchell, Lisa M. (2001). *Baby's first picture. Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects*. University of Toronto Press.
- Mitchell, Lisa, i Georges, Eugenia (1997). Cross-Cultural Cyborgs: Greek and Canadian Women's Discourses on Fetal Ultrasound. *Feminist Studies*, 23(2), 373-401. <https://doi.org/10.2307/3178405>
- Monteagudo Sánchez, María Jesús (2008). Reconstruyendo la experiencia de ocio: características, condiciones de posibilidad y amenazas en la sociedad de consumo. A María Jesús Monteagudo Sánchez (Ed.), *La experiencia de ocio: una mirada científica desde los Estudios de Ocio*, 81-110, Universidad de Deusto.
- Montes-Muñoz, María Jesús; Martorell-Poveda, María Antonia; Conti-Cañada, María José, i Jiménez-Herrera, María F. (2009). Tecnología médica en el embarazo: usos y representaciones. *Periferia, revista de investigación y formación en antropología*, 11(2), 1-17. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.532>
- Moore, Tamanna; Hennessy, Enid M.; Myles, Jonathan; Johnson, Samantha J.; Draper, Elizabeth S.; Costeloe, Kate L., i Marlow, Neil (2012). Neurological and developmental outcome in extremely preterm children born in England in 1995 and 2006: The EPICure studies. *BMJ*, 345, e7961. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7961>
- Morgan, Lynn (1996). Fetal Relationality in Feminist Philosophy: An Anthropological Critique. *Hypatia*, 11(3), 47-70. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1996.tb01015.x>
- Murphy, Elisabeth (1999). "Breastfeeding is best". Infant feeding decisions and maternal deviance. *Sociology of Health & Illness*, 21(2), 187-208. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00149>

- Natoli, Jaime L.; Ackerman, Deborah L.; McDermott, Suzanne, i Edwards, Janice G. (2012). Prenatal diagnosis of down syndrome: a systematic review of termination rates (1995–2011). *Prenatal Diagnosis*, 32(2), 142-153. <https://doi.org/10.1002/pd.2910>
- Nichols, Lynn (2022, 3 d'octubre). The Pros and (Mostly) Cons of Waiting 12 Weeks to Share Pregnancy News. *Stanford Medicine. Childrens Health*. <https://healthier.stanfordchildrens.org/en/the-pros-and-mostly-cons-of-waiting-12-weeks-to-share-pregnancy-news/>
- O'Leary, Joann (2005). The Trauma of Ultrasound during a Pregnancy Following Perinatal Loss. *Journal of Loss and Trauma*, 10(2), 183–204. <https://doi.org/10.1080/15325020590908876>
- Petchesky, Rosalind P. (1987). Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction. *Feminist Studies*, 13(2), 263-292. <https://doi.org/10.2307/3177802>
- Plaza del Pino, Fernando Jesús (2012). Prejuicios de las enfermeras hacia la población inmigrante: una mirada desde el Sur de España. *Enfermería Global*, 11(27), 87-96. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300006>
- Poortman, Anne-Rigt, i Van Der Lippe, Tanja (2009). Attitudes Toward Housework and Child Care and the Gendered Division of Labor. *Journal of Marriage and Family*, 71: 526-541. <https://doi-org.are.uab.cat/10.1111/j.1741-3737.2009.00617.x>
- Quadlin, Natasha., i Doan, Long (2018). Sex-Typed Chores and the City: Gender, Urbanicity, and Housework. *Gender & Society*, 32(6), 789-813. <https://doi.org/10.1177/0891243218787758>
- Ramos-Roure, Francesc; Feijoo-Cid, Maria; Manresa-Dominguez, Josep Maria; Segura-Bernal, Jordi; García-Sierra, Rosa; Fernández-Cano, Maria Isabel, i Toran-Monserrat, Pere (2021) Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing Power. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, 18, Article 2851. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062851>
- Randolph, Amber L.; Swanson, Renae; Smith, Allyson, i Ojeda, Katherin (2021). Women Who Have Experienced Pregnancy Loss: Implications for Counseling. *The Family Journal*, 29(4), 420-429. <https://doi.org/10.1177/1066480721989689>
- Rapp, Rayna (1999). *Testing women, testing the fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*. Routledge.
- Reed-Danahay, Deborah (2017). Bourdieu and Critical Autoethnography: Implications for Research, Writing, and Teaching. *International Journal of Multicultural Education*, 19(1), 144. <https://doi.org/10.18251/ijme.v19i1.1368>
- Regan, Lesley, i Rai, Raj. (2000). Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14(5), 839-854. <https://doi.org/10.1053/beog.2000.0123>
- Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil (1889). Gaceta de Madrid, núm. 206, de 25/07/1889. [https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/(1)/con)
- Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural (2009). Boletín Oficial del Estado, núm. 69, de 21/03/2009 <https://www.boe.es/eli/es/rd/2009/03/06/295/con>
- Rich, Adrienne (2022). *Naixem de dona. La maternitat com a experiència i institució* (Núria Busquet, Trad.). Lleonard Muntaner. (Publicació original 1976)
- Richardson, Laurel (2000). Writing: A Method of Inquiry. A Norman K. Denzin i Yvonna S. Lincoln (Eds.). *Handbook of Qualitative Research* (2a Ed.), pàg. 923-48. Sage.
- Risisky, Deb; Asghar, Syed Masood; Chaffee, Madeline, i DeGennaro, Nancy (2013). Women's perceptions using the centering pregnancy model of group prenatal care. *The Journal of Perinatal Education*, 22(3), 136-144. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.3.136>

- Rodríguez-Pina, Gloria (13 de setembre de 2022). Hungría obliga a las mujeres a escuchar el latido del feto antes de abortar. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2022-09-13/hungria-obliga-a-las-mujeres-a-escuchar-el-latido-del-feto-antes-de-abortar.html>
- Rowlands, Ingrid Jean, i Lee, Christina (2010). “The silence was deafening”: Social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 274–286. <https://doi.org/10.1080/02646831003587346>
- Rubashkin, Nicholas; Warnock, Ruby, i Diamond-Smith, Nadia (2018). A systematic review of person-centered care interventions to improve quality of facility-based delivery. *Reproductive Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0588-2>
- Rysavy, Mathew A.; Li, Lei; Bell, Edward F.; Das, Abhik; Hintz, Susan R.; Stoll, Barbara J.; Vohr, Betty R.; Carlo, Waldemar A.; Shankaran, Seetha; Walsh, Michele C.; Tyson, Jon E.; Cotten, C. Michael; Smith, P. Brian; Murray, Jeffrey. C.; Colaizy, Tarah. T.; Brumbaugh, Jane E.; Higgins, Rosemary. D., com a membres de l'Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. (2015). Between-hospital variation in treatment and outcomes in extremely preterm infants. *New England Journal of Medicine*, 372(19), 1801-1811. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1410689>
- Sabido Ramos, Olga (2021, 1 a 5 de novembre). *La sociología de la vergüenza en Simmel. Una revisión feminista desde la experiencia de la menstruación en el contexto pandémico*. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-074/116>
- Salmon, Amy (2000). *Beyond guilt, shame and blame to compassion, respect and empowerment: young aboriginal mothers and the First Nations and Inuit Fetal Alcohol Syndrome/ Fetal Alcohol Effects initiative*. [Tesi doctoral, University of British Columbia]. UBC Open Collections. <https://dx.doi.org/10.14288/1.0055618>
- Sánchez-Ojeda, María Angustias; Alemany Arrebola, Immaculada, i Gallardo Vigil, Miguel Ángel (2017). The nursing department’s view towards moroccan patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 51, Article e03227. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016022703227>
- Scala, Francesca, i Orsini, Michael. (2022). Problematising older motherhood in Canada: ageism, ableism, and the risky maternal subject. *Health, Risk & Society*, 24(3–4), 149–166. <https://doi.org/10.1080/13698575.2022.2057453>
- Scheper-Hughes, Nancy (1993). *Death without weeping. The violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: The University of California Press.
- Sedgmen, B., McMahon, C., Cairns, D., Benzie, R. J., i Woodfield, R. L. (2006). The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal–fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 27(3), 245–251. <https://doi.org/10.1002/uog.2703>
- Sejourne, Natàlène; Callahan, Stacey; i Chabrol, Henri (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of reproductive and infant psychology*, 28(4), 403-411. <https://doi.org/10.1080/02646830903487375>
- Sentencia 11/2016 del Tribunal Constitucional, de 1 de febrero, sobre el recurso de amparo núm. 533-2014 (2016). Boletín Oficial del Estado, núm. 57, de 07/03/2016, pàg. 18379-18397. <https://www.boe.es/boe/dias/2016/03/07/pdfs/BOE-A-2016-2328.pdf>
- Serres, Michel (1994). *Atlas*. París: Juillard
- Shorey, Shefaly, i Ang, Lina (2019). Experiences, needs, and perceptions of paternal involvement during the first year after their infants’ birth: a meta-synthesis, *Plos One*, 14(1), Article e0210388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210388>

- Shostak, Marjorie (1981). *Nisa. The Life and Words of a iKung Woman*. Routledge.
- Skorinko, Jeanine L. M.; Rodriguez, Angela C., i Doyle, James K. (2020). Overlapping stigmas of pregnancy, motherhood, and weight: policy implications for employment and higher education. *Policy Insights From the Behavioral and Brain Sciences*, 7(2), 123-131. <https://doi.org/10.1177/2372732220943233>
- Slater Tate, Allison (2016, 28 de juny). Too soon? Why some moms are announcing their pregnancy in the first trimestre. *Today.com*. <https://www.today.com/parents/too-soon-why-some-moms-are-announcing-their-pregnancy-first-t100222>
- Stacey, Judith (1988). Can there be a feminist ethnography? *Women's Studies International Forum*, 11(1), 21-27. [https://doi.org/10.1016/0277-5395\(88\)90004-0](https://doi.org/10.1016/0277-5395(88)90004-0)
- Stoll, Barbara J.; Hansen, Nellie I.; Bell, Edward F.; Shankaran, Seetha; Laptook, Abbot R.; Walsh, Michele C.; Hale, Ellen C.; Newman, Nancy S.; Schibler, Kurt; Carlo, Waldemar A.; Kennedy, Kathleen A.; Poindexter, Brenda B.; Finer, Neil N.; Ehrenkranz, Richard A.; Duara, Shahnaz; Sánchez, Pablo J.; O'Shea, T. Michael; Goldberg, Ronald N.; Van Meurs, Krisa P., com a membres de l'Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. (2010). Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics*, 126(3), 443-456. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2959>
- Tarzibachi, Eugenia (2017). *Cosas de mujeres*. Editorial Sudamericana.
- Tirado, Francisco, i Domènech, Miquel (2001). Extituciones: el poder y sus anatomías. *Política y sociedad*, 36, 191-204. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0101130191A>
- Tremain, Shelley (2006). Reproductive freedom, self-regulation and the government of impairment in utero. A Shelley Tremain (Ed.), *Foucault and the government of disability* (pàg. 218-237). University of Michigan Press.
- Trepal, Heather. C.; Semivan, Suzanne Gibson, i Caley-Bruce, Mary (2005). Miscarriage: A dream interrupted. *Journal of Creativity in Mental Health*, 1(3-4), 155-171. https://doi.org/10.1300/J456v01n03_09
- Turner, Victor (1980). *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu* (Ramón Valdés del Toro y Alberto Cardín Garay, Trads.). Siglo XXI. (Publicació original 1967)
- Valls Puente, Ester (Coord.) (2023). *Manual d'acompanyament en el dol perinatal per a professionals*. Àltima.
- Van Maanen, John (2011). *Tales of the field: On writing ethnography*. University of Chicago Press.
- Van, Paulina (2001). Breaking the silence of African American women: Healing after pregnancy loss. *Healthcare for Women International*, 22(3), 229-243. <https://doi.org/10.1080/07399330120995>
- Velasco, Honorio, i Díaz de Rada, Ángel (1997). *La lógica de la investigación etnográfica*. Madrid: Trotta.
- Verdaguer, Maria (2016). *Soledats: una lectura autoetnogràfica de la precarietat laboral*. [Treball Final de Grau no publicat]. Universitat Oberta de Catalunya.
- Verdaguer, Maria (2019). Mothering cancer: Maternal subjectivity and the status of the fetus in a case of cervical ectopic pregnancy. *Women's Studies International Forum* 74(maig-juny), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.02.008>
- Vostral, Sarah (2008). *Under wraps. A history of menstrual hygiene technology*. Lexington Books.

- Weber, Max (1946). Science as a vocation. A Hans Heinrich Gerth i Charles Wright Mills (Eds. i Trads.), *From Max Weber: Essays in sociology* (pàg. 129-156). Oxford University Press. (Publicació original 1922)
- Wetterberg, Anna (2004). My body, my choice... my responsibility: The Pregnant Woman as Caretaker of the Fetal Person. *Berkeley Journal of Sociology*, 48, 26-49. <https://www.jstor.org/stable/41035591>
- Willis, Olivia (2018, 11 de maig). The 12-week pregnancy rule: Why is the first trimester shrouded in secrecy? *ABC Health & Wellbeing*. <https://www.abc.net.au/news/health/2018-05-12/is-it-time-to-re-think-the-12-week-pregnancy-rule/9751468>
- Wolcott, Harry F. (1999). *Ethnography: A way of seeing*. AltaMira Press
- World Health Organization (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems (10a. ed.)*. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- Wright, Patricia Moyle, i Carpenter, Joan (2023). A Review of the Psychometrics of Perinatal Grief Instruments. *Illness, Crisis & Loss*, 31(4), 655-670. <https://doi.org/10.1177/10541373231163260>

Annex 1. Protocol de Recerca aprovat pel Comitè d'Ètica de l'Hospital d'Ossina

Títol provisional de la tesi: Maternitat i tecnociència: la construcció del cos i la subjectivitat maternofetals en els serveis hospitalaris d'obstetrícia en cas de complicació i/o pèrdua d'embaràs

Doctoranda: Maria Verdaguer i Mata

Directors: Joel Feliu i Luzma Martínez

Línia de recerca: Ciència, tecnologia i societat

Departament de Psicologia Social

Universitat Autònoma de Barcelona

Tutora al centre i IP: XXXXX XXXXX

Llevadora responsable: XXXX XXXXX

Correu-e: maria.verdaguer@e-campus.uab.cat

.....

1. ANTECEDENTS I JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

L'embaràs, com a procés corporal i psicosocial mitjançant el qual una dona pot esdevenir mare, és subjecte de diverses tensions i està marcat pel seu caràcter canviant, cosa que el converteix en un terreny enormement inestable que sempre es troba en procés de definició i de discussió (vg. Duden, 1993; Casper, 1994; Morgan, 1996; Haraway, 1997; Imaz, 2004; Boltanski, 2016; DiCaglio, 2017; Takeshita, 2017). Qüestions com què és un embaràs, què és un fetus, quins fetus són persones, què és ser mare, qui pot ser-ho, qui ha de ser-ho o com ha de ser-ho prenen formes concretes en una societat que té un determinat model de família, que gestiona mèdicament l'embaràs, que fa servir tècniques per a millorar

o possibilitar la capacitat reproductiva, que disposa d'eines com el test d'embaràs o l'aparell sonogràfic o que regula legalment l'avortament.

Tal com han apuntat nombrosos autors des de diverses perspectives y disciplines humanes i socials (vg. Mauss, 1973; Goffman, 1987; Merleau-Ponty, 1976; Bourdieu, 1986; Foucault, 1995, 1999, 2000), el cos es construeix socialment. Això significa que el cos no es troba fora de la societat, sinó que la nostra manera d'entendre'l i experimentar-lo es constitueix mitjançant pràctiques socials. Alhora, com han notat diverses autores feministes (vg. Beauvoir, 1949|2005; Butler, 1999; Haraway, 1991), aquestes lectures del nostre cos tenen efectes en el desenvolupament de subjectivitats, entre elles, la subjectivitat materna o la manera com són les mares (vg. Beauvoir 1949|2005; Friedan 1968|2009; Badinter, 1991; Scheper-Hughes, 1996; Tubert, 1996; Imaz, 2008; Lupton, 2012; Donath, 2016).

En les societats occidentals, un dels àmbits socials més influents en la construcció del cos és l'àmbit mèdic. Per una banda, com a generadora de saber sobre el cos humà, la medicina es recolza en l'autoritat i la legitimitat que li confereix el lloc hegemònic de la ciència com a discurs de veritat (Foucault, 1999), cosa que contribueix a fer que el coneixement que es desenvolupa des d'aquest àmbit, així com les seves implicacions psicosocials, s'assumeixin sense gairebé sotmetre's a discussió pública. Per una altra banda, l'existència de determinades tecnologies mèdiques i la manera com s'usen també fan que el cos es constitueixi, es llegeixi i s'experimenti d'unes maneres i no d'unes altres (Davis-Floyd i Dummit, 1998). Així, per posar alguns exemples, la pràctica mèdica, mitjançant la redacció de tractats d'embriologia (vg. Hopwood, 2000) i de textos de ginecologia i obstetrícia (vg. Isaacson, 1996), mitjançant l'ús de proves diagnòstiques com l'amniocentesi (vg. Rapp, 2000), de tècniques de reproducció assistida (vg. Rapp, 2011), de tècniques de visualització del fetus (vg. Duden, 1993; Haraway 1997; Mitchell, 2004) o d'inducció de l'avortament (vg. Gerber, 2002) contribueix a donar una certa forma a l'embaràs i a la maternitat, que, naturalment, té conseqüències per a les dones, tant en termes de les polítiques que les afecten, com del tracte mèdic que se'ls ofereix, com també de les seves experiències íntimes i/o quotidianes.

Fins avui, els estudis sobre la manera com el coneixement, les tecnologies i la pràctica mèdica quotidiana construeixen el cos embarassat i la maternitat s'han centrat sobretot en casos d'embarassos que gaudeixen de normalitat clínica (vg. Georges, 1996; Imaz, 2008; Mitchell, 2012), en situacions d'interrupció voluntària de l'embaràs (vg. Boltanski, 2016; Gerber, 2002) i de l'ús de tecnologies de reproducció assistida (vg. Tubert, 1996; Rapp, 2011). Les situacions de complicació o risc han estat menys estudiades (vg. Rapp, 2000) i, en el cas

de la pèrdua de l'embaràs, la majoria s'han centrat en el tema del dol i del tracte que ofereix el personal sanitari en aquests casos (vg. Cecil, 1996; Layne, 2002).

El fet que les complicacions i les pèrdues d'embaràs siguin socialment percebudes com un esdeveniment natural, generalment inevitable i individual, és a dir, com un esdeveniment on allò social i psicosocial no hi tenen res a veure; el fet que la pèrdua de l'embaràs sigui un tabú social (Layne, 2002); que la seva dimensió corporal s'experimenti exclusivament en el cos de les dones, i que, alhora, les troballes en aquest camp puguin posar en qüestió les delimitacions fixes de la definició de "vida" en què sovint s'han recolzat alguns arguments en favor del dret a l'avortament, pot haver dificultat l'aparició d'estudis sobre el tema, tant des de les ciències socials que dominen el panorama acadèmic com des de les ciències socials crítiques i feministes.

Tanmateix, diverses raons recolzen la necessitat d'estudiar els significats que tenen l'embaràs, el fetus i la maternitat en cas de pèrdua, risc o complicació en el si de la comunitat sanitària:

Primerament, les situacions de complicació i risc i les pèrdues d'embaràs posen de relleu les tensions que esmentàvem més amunt i tornen problemàtica la formació de la subjectivitat de mare, ja que aquesta es veu dràsticament interrompuda, posada en qüestió o convertida en una subjectivitat de malalta. En aquests casos, a més, es multiplica la vigilància mèdica, s'intensifica la relació entre el personal sanitari i la dona embarassada, de manera que la generació de significats sobre el cos embarassat, el cos fetal i la maternitat esdevé profusa i observable.

En segon lloc, des d'una posició palesament feminista, cal promoure les aportacions empíriques a la discussió teoricofilosòfica sobre les definicions de vida i de persona capaces de conciliar el reconeixement del dolor de la pèrdua en qualsevol estadi del desenvolupament embrionari i el dret a decidir de les dones sobre la interrupció dels seus embarassos.

En tercer lloc, pot contribuir al trencament dels tabús que hi ha al voltant de la pèrdua i de la complicació, així com de les idees simplistes segons les quals l'embaràs desitjat és un procés corporal senzill que comença amb un òvul fecundat i acaba amb un nadó i que només comporta felicitat. El tabú de la pèrdua i la simplificació de l'embaràs agreugen el dolor de la pèrdua i el patiment per la possibilitat de pèrdua (Layne, 2002) perquè, malgrat ser experiències molt corrents, en experimentar-se com un esdeveniment privat i en aparença singular i únic, s'elimina gairebé tota possibilitat de suport moral i de desenvolupament de models socials de comportament davant d'aquests casos.

Finalment, un retorn a l'àmbit sanitari dels resultats d'aquest estudi podria ajudar a incorporar un enfocament en la pràctica clínica que tingués en compte les necessitats psicosocials específiques de les dones que han perdut o que pateixen una complicació en el seu embaràs, de manera que es contribuís a promoure models d'intervenció que dirigits a evitar els danys secundaris o no intencionats que pot generar el seguiment de protocols clínics que tenen a veure exclusivament amb la salut física de la dona i/o del fetus.

2. OBJECTIUS

Objectius generals:

- Comprendre com es construeixen i es problematitzen els significats del cos embarassat i de la maternitat en el si de la comunitat sanitària en cas de complicació, risc i/o pèrdua.
- Comprendre els efectes que té tal construcció en l'experiència subjectiva de l'embaràs que es complica, presenta riscos i/o es perd.

Objectius específics:

- Descriure els significats del fetus, el cos embarassat i la maternitat que emergeixen en l'entramat semiòtic i material en què s'inscriu la dona que pateix complicacions o riscos en el seu embaràs.
- Dilucidar, mitjançant l'observació del servei de ginecologia i obstetrícia d'un hospital i l'exercici de descripció densa, els mecanismes mitjançant els quals es construeix el cos embarassat i la subjectivitat de mare en cas de complicació o risc.
- Explorar, mitjançant observació i entrevistes, el procés de negociació de significats que la dona embarassada posa en joc per a donar sentit a l'experiència de complicació o risc en l'embaràs.

NOTA: D'entrada, s'entendrà per complicació o risc tot estat o esdeveniment en el cos de la dona i/o del fetus que la comunitat mèdica consideri que ha de ser tractat o controlat des del servei hospitalari i no des del centre d'atenció primària.

3. METODOLOGIA I PLA DE TREBALL

El mètode escollit per a dur a terme el treball empíric d'aquesta investigació és etnogràfic. L'etnografia consisteix en l'observació i la descripció de diversos aspectes simbòlics i materials de la comunitat o el grup estudiat i posa el focus en la manera en què les persones donen sentit als fets i als processos de la vida quotidiana (Peralta, 2009).

En el nostre cas, es buscarà comprendre les trames de significat (Geertz, 1976) del cos embarassat i de la maternitat quan hi ha complicació o risc mitjançant observacions del dia a dia del servei d'obstetrícia. El registre de la informació es durà a terme mitjançant un diari de camp en el qual s'anotaran les observacions de manera sistemàtica, així com notes reflexives o analítiques de la investigadora. D'altra banda, quan es consideri necessari, també es podran fer entrevistes, tant amb el personal sanitari com amb les dones que hagin estat objecte d'observació, amb l'objectiu d'aprofundir en l'abordatge de la subjectivitat materna i en el sentit que es dona a l'experiència.

A diferència d'altres mètodes d'investigació, en l'etnografia, l'investigador s'introdueix i participa en realitats que li són relativament estranyes. En aquest cas, la investigadora no ha participat mai en el dia a dia d'un servei hospitalari d'obstetrícia, i només el coneix per les seves representacions culturals, per la seva experiència com a pacient ingressada durant una setmana per una gestació ectòpica i pel seu bagatge bibliogràfic com a estudiant del tema. Aquesta estranyesa del camp i el desconeixement de les realitats concretes amb què l'investigador es pot trobar no permeten un disseny de la investigació gaire precís i acotat al principi, sinó que d'entrada cal un període d'adaptació i d'exploració del camp que s'investiga. Aquesta primera aproximació exploratòria generalment i desitjablement comporta una redefinició i una delimitació més precisa dels problemes, les preguntes i els objectius d'investigació que, al seu torn, implicaran una selecció més acotada de la mostra a estudiar (Hammersley i Atkinson, 1983).

Per tot això, preveig una observació d'aproximadament **18 mesos de duració**, d'unes **20-25 hores setmanals**, que constarà de **dos grans moments**. Aquests grans moments no tenen una duració determinada i és possible que se solapin en alguns punts:

- **Moment d'exploració**, que es podrà fer amb l'acompanyament d'un treballador/a del servei que tingui un rol de tutor/a o d'informant de referència. L'exploració es guiarà per criteris de selecció molt amplis i per tant haurà de contemplar una observació d'espais, temps i casos variats. Per exemple, visites de control o a planta, intervencions quirúrgiques, parts, sessions de discussió de casos de l'equip mèdic, així com torns de matí, tarda i nit. Aquesta varietat de temps i espais presumiblement també comportarà una varietat de tipus de casos, de tecnologies i de persones participants.
- **Moment de redefinició** del problema d'investigació i d'acotament dels criteris de selecció. Això comportarà una selecció de la mostra a estudiar, ja sigui relativa als espais, als temps, a les tecnologies usades, als casos, a característiques de les pacients... Aquests canvis, i el bagatge adquirit, podran comportar també una

autonomia més gran respecte del tutor/a. Les decisions que es prenguin i els canvis de plantejament que es facin seran comunicats a la figura del tutor/a i, si cal, al comitè d'investigació perquè en faci una nova revisió.

Atesa la dificultat d'informar tots els participants en totes aquestes situacions, les observacions es faran amb el coneixement i el consentiment de l'hospital i del personal del servei de ginecologia i obstetrícia, que decidiran a quins espais i documents tindrà accés segons el seu propi codi ètic i/o criteri pràctic. Tant les persones individuals participants com la institució tindran garantit el seu anonimat.

Pel que fa a les entrevistes individuals i als grups focals, tant al personal sanitari com a les usuàries del servei, es faran amb el seu consentiment informat (vegeu documents annexos). En el cas que sorgeixi la necessitat d'entrevistar població no prevista o d'utilitzar altres mètodes de recollida d'informació (p. ex. grups focals), s'avisarà al tutor/a i/o al comitè d'investigació de l'hospital i es generaran nous models de consentiment informat. Les entrevistes duraran una hora aproximadament. El nombre d'entrevistes dependrà del moment en què s'arribi a una situació de saturació analítica, però és raonable preveure entre 10 i 20 entrevistes per a cada grup (personal sanitari i usuàries) i una entrevista per participant. En el cas de les entrevistes a les usuàries del servei, s'hi establirà contacte en el moment que, a criteri de les llevadores, sigui més oportú.

Finalment, si la institució i el servei d'obstetrícia ho desitgen, es pot plantejar un tercer moment posterior al temps d'observació, on la investigadora faci una devolució dels resultats de la recerca per tal que el coneixement que generi pugui revertir en profit de la pràctica mèdica i infermera.

Referències

- Badinter, É. (1992). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal*. Barcelona: Paidós.
- Beauvoir, S. De (1949|2005). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Boltanski, L. (2016). *La condición fetal. Una sociología del engendramiento y del aborto*. Madrid: Akal.
- Bourdieu, P. (1986). «Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo». En J. Varela (ed.). *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta.
- Butler, J. (1999). *El género en disputa. Feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Casper, M. (1994). At the Margins of Humanity: Fetal Positions in Science and Medicine. *Science, Technology & Human Values*, 19(3), 307-323.
- Cecil, R. (Ed.) (1996). *The anthropology of pregnancy loss. Comparative Studies in Miscarriage, Stillbirth and Neo-natal Death*. Oxford: Bloomsbury Publishing.

- Davis-Floyd, R. i Dummit, J. (1998). *Cyborg babies. From techno-sex to techno-tots*. Nova York: Routledge.
- DiCaglio, S. (2017). Staging Embryos: Pregnancy, Temporality and the History of the Carnegie Stages of Embryo Development. *Body & Society*, 22(3), 3-24.
- Donath, O. (2016). *Madres arrepentidas*. Barcelona: Reservoir Books.
- Duden, B. (1993). *Disembodying women. Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge: Harvard University Press.
- Foucault, M. (1999). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1995). *Historia de la sexualidad*. 3 vols. 1, Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2000). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- Friedan, B. (1968|2009). *La mística de la feminidad*. Madrid: Cátedra.
- Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Georges, E. (1996). Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 157-175.
- Gerber, E. (2002). Deconstructing Pregnancy: RU486, seeing “eggs”, and the ambiguity of very early conceptions. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(1), 92-108.
- Goffman, E. (1987). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haraway, D. (1997|2004). Testigo_Modesto@Segundo_Milenio. HombreHembra@_Conoce_Oncoración®. *Feminismo y tecnociencia*. Barcelona: Editorial UOC.
- Hammersley, M. i Atkinson, P. (1983). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Hopwood, N. (2000). Producing Development: The Anatomy of Human Embryos and the Norms of Wilhem His, *Bulletin of the History of Medicine*, 74(1), 29-79.
- Imaz, E. (2008). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid: Cátedra.
- Isaacson, N. (1996). The “fetus-infant”: Changing classifications of in utero development in medical texts. *Sociological Forum*, 11(3), 457-480.
- Layne, L.L. (2003). *Motherhood lost: a feminist account of pregnancy loss in America*. New York: Routledge.
- Lupton, D. (2012). *Configuring maternal, preborn and infant embodiment*. *Sydney Health & Society Group*, 2, 1-12.
- Mauss, M. (1973). «Techniques of the Body». *Economy and Society*, vol. 2, no 1, p. 70-89.
- Merleau-Ponty, M. (1976). *The Primacy of Perception*. Evanston y Chicago: Northwestern University Press.
- Mitchell, L. (2001). *Baby's first picture. Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects*. Toronto: University of Toronto Press.

- Morgan, L. (1996). *Fetal Relationality in Feminist Philosophy: An Anthropological Critique*.
- Peralta, C. (2009). Etnografía y métodos etnográficos, *Análisis*, 74, 33-52.
- Rapp, R. (2011). Reproductive entanglements: Body, State and Culture in the Dys/Regulation of Child-Bearing. *Social Research*, Special issue: The Body and the State. How the State. 693-718.
- Rapp, R. (2000). *Testing women, testing the fetus. The social impact of amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- Scheper-Hughes, N. (1996). *La muerte sin llanto*. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Barcelona: Ariel.
- Takeshita, C. (2017). From Mother/Fetus to Holobiont(s): A Material Feminist Ontology of the Pregnant Body. *Catalyst: Feminism, theory, Technoscience*, 3(1), 1-28.
- Tubert, S. (1996). Introducción. A S. Tubert (ed.), *Figuras de la madre*. Madrid: Cátedra.

DOCUMENTS ANNEXOS

- **Full de consentiment informat per a personal sanitari del servei hospitalari d'obstetrícia**
- **Full de consentiment informat per a usuàries del servei hospitalari d'obstetrícia (CAT)**
- **Full de consentiment informat per a usuàries del servei hospitalari d'obstetrícia (CAST)**

**FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT
PER A PERSONAL SANITARI DEL SERVEI D'OBSTETRÍCIA DE L'HOSPITAL**

Títol de l'estudi: Maternitat i tecnociència: la construcció del cos i la subjectivitat maternofetals en els serveis hospitalaris d'obstetrícia en cas de complicació i/o pèrdua d'embaràs

Investigadora: Maria Verdaguer i Mata

Correu-e: maria.verdaguer@e-campus.uab.cat

Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia Social

Benvolgut/da,

L'embaràs, com a procés corporal i com a procés psicosocial mitjançant el qual una dona esdevé mare, és subjecte de diverses tensions i està marcat pel seu caràcter canviant, cosa que el converteix en un terreny enormement inestable que sempre es troba en procés de definició i de discussió. Qüestions com què és un embaràs, què és un fetus, quins fetus són persones, què és ser mare, qui pot ser-ho, qui ha de ser-ho o com ha de ser-ho prenen formes concretes en una societat que gestiona mèdicament l'embaràs, que fa servir tècniques per a millorar o possibilitar la capacitat reproductiva, que disposa d'eines com el test d'embaràs o l'aparell sonogràfic o que regula legalment l'avortament.

Així, entre d'altres, la pràctica quotidiana i el coneixement que generen els professionals de la ginecologia i l'obstetrícia influeix enormement en la manera com en aquesta societat s'entén l'embaràs, la qual cosa té conseqüències per a les dones, tant en termes de les polítiques que les afecten, com del tracte mèdic que se'ls ofereix, com també de les seves experiències íntimes i/o quotidianes.

En el cas de pèrdues i/o complicacions, la definició de l'embaràs esdevé problemàtica. L'objectiu principal d'aquest estudi és comprendre com, en el si de la comunitat sanitària, es formen o es posen en qüestió els significats del cos maternofetal i la subjectivitat materna en cas de complicació i/o pèrdua d'embaràs.

Per això, i tenint en compte la seva experiència com a professional de la salut en l'àmbit de l'obstetrícia, sol·licito la seva participació en una entrevista individual on se li preguntarà sobre la seva experiència relativa al tema d'estudi.

Amb la signatura d'aquest document, ens dóna el seu consentiment perquè utilitzem la informació que sorgeixi en l'entrevista en aquest estudi. Per això és important que sàpiga que:

- Està previst que l'entrevista duri 1 hora aproximadament.
- La seva participació és totalment voluntària. Si hi ha preguntes que no vol respondre, pot no fer-ho. Així mateix, pot abandonar l'entrevista en qualsevol moment.
- La informació que ens proporcioni serà estrictament anònima, en cap cas quedarà vinculada a dades personals que la puguin identificar, i només s'utilitzarà per als propòsits d'aquesta investigació. Les dades personals que ens faciliti seran confidencials.

- L'entrevista serà enregistrada per tal que la investigadora pugui recuperar les seves paraules amb posterioritat.
- Les seves paraules podran aparèixer en publicacions, informes, comunicacions o altres productes de la investigació, i no aniran vinculades al seu nom ni a cap dada mitjançant el qual se la pugui identificar.
- En tot moment vostè tindrà accés a les dades registrades, i podrà exercir el dret de rectificar-les o a cancel·lar-les, tal i com estableix la llei 15/1999, 13 de desembre, sobre protecció de dades. Per a fer-ho caldrà que ho sol·liciti a la investigadora a través de l'adreça de correu electrònic que figura a l'encapçalament d'aquest full.
- No hi ha compensacions econòmiques o materials per la participació en aquesta investigació.
- Accedir a fer aquesta entrevista no implica riscos ni beneficis específics per a vostè. La seva participació ens pot ajudar a comprendre millor com incideix la pràctica mèdica en l'experiència de la complicació i/o la pèrdua d'embaràs, cosa que, en un futur, pot ajudar-nos a millorar la seva gestió.

Nom i cognoms del / de la participant

Data

Signatura

**FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT
PER A USUÀRIES DEL SERVEI D'OBSTETRÍCIA DE L'HOSPITAL**

Títol de l'estudi: Maternitat i tecnociència: la construcció del cos i la subjectivitat maternofetals en els serveis hospitalaris d'obstetrícia en cas de complicació i/o pèrdua d'embaràs

Investigadora: Maria Verdaguer i Mata

Correu-e: maria.verdaguer@e-campus.uab.cat

Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia Social

Benvolguda,

Quan un embaràs es complica o es perd, sovint ens sorgeixen preguntes, dubtes, pensaments, pors i fortes emocions sobre el que ens ha passat. Tot i que hi ha molts embarassos que es compliquen o es perden, en aquesta societat es parla molt poc d'aquesta vivència que tenen tantes dones.

Els metges i els hospitals tenen molta influència en la manera com les dones vivim la pèrdua o la complicació de l'embaràs i en la manera com entenem el que ens ha passat. L'objectiu principal d'aquest estudi és comprendre la manera com les proves i intervencions que ens fan i el que diuen els metges i les infermeres o altra gent del nostre voltant afecta en la manera com pensem i sentim el nostre embaràs i la nostra pèrdua.

Per això, tenint en compte la seva experiència i que ha estat tractada en un servei hospitalari d'obstetrícia, sol·licito la seva participació en una entrevista individual on se li preguntarà per la seva vivència.

Amb la signatura d'aquest document, ens dona el seu consentiment perquè utilitzem en aquest estudi la informació que sorgeixi en l'entrevista. Per això és important que sàpiga que:

- Està previst que l'entrevista duri 1 hora aproximadament.
- La seva participació és totalment voluntària. Si hi ha preguntes que no vol respondre, pot no fer-ho. Així mateix, pot abandonar l'entrevista en qualsevol moment.
- La informació que ens proporcioni serà estrictament anònima, en cap cas quedarà vinculada a dades personals que la puguin identificar, i només s'utilitzarà per als propòsits d'aquesta investigació. Les dades personals que ens faciliti seran confidencials.
- L'entrevista serà enregistrada per tal que la investigadora pugui recuperar les seves paraules amb posterioritat.
- Les seves paraules podran aparèixer en publicacions, informes, comunicacions o altres productes de la investigació, i no aniran vinculades al seu nom ni a cap dada mitjançant el qual se'l/la pugui identificar.
- En tot moment vostè tindrà accés a les dades registrades, i podrà exercir el dret de rectificar-les o a cancel·lar-les, tal i com estableix la llei 15/1999, 13 de desembre, sobre protecció de dades. Per a fer-ho caldrà que ho sol·liciti a la investigadora a través de l'adreça de correu electrònic que figura a l'encapçalament d'aquest full.
- No hi ha compensacions econòmiques o materials per la participació en aquesta investigació.

- Accedir a fer aquesta entrevista no implica riscos ni beneficis específics per a vostè, però la seva participació ens pot ajudar a comprendre millor l'experiència de la complicació i/o la pèrdua d'embaràs, cosa que, en un futur, pot beneficiar altres dones.

Nom i cognoms de la participant

Data

Signatura

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USUARIAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL

Título del estudio: Maternidad y tecnociencia: la construcción del cuerpo y la subjetividad materno-fetales en los servicios hospitalarios de obstetricia en caso de complicación y/o pérdida de embarazo

Investigadora: Maria Verdaguer Mata

Correo-e: maria.verdaguer@e-campus.uab.cat

Universitat Autònoma de Barcelona. Departamento de Psicología Social

Cuando un embarazo se complica o se pierde, a menudo surgen preguntas, dudas, pensamientos, miedos y fuertes emociones sobre lo que nos ha ocurrido. A pesar de que hay muchos embarazos que se complican o se pierden, en esta sociedad se habla muy poco de esta vivencia que tienen tantas mujeres.

Los médicos y los hospitales tienen mucha influencia en como las mujeres vivimos la pérdida o la complicación del embarazo y nuestra manera de entender lo que nos ha pasado. El objetivo principal de este estudio es comprender el modo en que las pruebas e intervenciones que nos hacen en el hospital y lo que dicen los médicos y las enfermeras u otra gente de nuestro entorno afecta en nuestro modo de pensar y sentir nuestro embarazo y nuestra pérdida.

Así, teniendo en cuenta su experiencia y que ha sido tratada en un servicio hospitalario de obstetricia, solicito su participación en una entrevista individual donde se le preguntará por su vivencia.

Con la firma de este documento, nos da su consentimiento para que utilicemos en este estudio la información que surja en la entrevista. Por ello es importante que sepa que:

- Se prevé que la entrevista dure aproximadamente 1 hora.
- Su participación es totalmente voluntaria. Si hay preguntas que no quiere responder, puede no hacerlo. Así mismo, puede abandonar la entrevista en cualquier momento.
- La información que nos proporcione será estrictamente anónima, en ningún caso quedará vinculada a datos personales que la puedan identificar, y sólo se utilizará para los propósitos de esta investigación. Los datos personales que nos facilite serán confidenciales.
- La entrevista será grabada para que la investigadora pueda recuperar sus palabras con posterioridad.
- Sus palabras podrán aparecer en publicaciones, informes, comunicaciones u otros productos de la investigación, y no irán vinculadas a su nombre ni a ningún dato mediante el cual se la pueda identificar.
- En todo momento usted tendrá acceso a los datos registrados, y podrá ejercer el derecho de rectificarlas o a cancelarlas, tal y cómo establece la ley 15/1999, 13 de diciembre, sobre protección de datos. Para hacerlo hará falta que lo solicite a la investigadora a través de la dirección de correo electrónico que figura en el encabezamiento de esta hoja.

- No existen compensaciones económicas o materiales por la participación en esta investigación.

Acceder a hacer esta entrevista no implica riesgos ni beneficios específicos para usted, pero su participación nos puede ayudar a comprender mejor la experiencia de la complicación y/o la pérdida de embarazo, cosa que, en un futuro, puede beneficiar a otras mujeres.

Nombre y apellidos de la participante

Fecha

Firma

Annex 2. Carta de la Coral a l'hospital que la va atendre, 1 any després de la mort de la bessonada

NOM POBLACIÓ, 2 d'agost de 2019

Benvolgut personal mèdic de NOM HOSPITAL,

Redactar aquest escrit, m'ha dut quasi bé 1 any. 12 mesos d'incerteses, pors, tristesa i sobretot, molt de treball personal pel dolor que ens acompanya des d'aleshores.

Vivim en una societat que volem pensar que és avançada, una medicina que permet fer tractaments de reproducció assistida i per tant donar la possibilitat a parelles com nosaltres, de ser pares. Una possibilitat que fa uns anys enrere era ben bé impensable. Però aquesta societat té una mancança enorme, i és la mancança de la gestió emocional i empàtica. Cert és que vivim d'esquenes a la mort, però la mort perinatal i gestacional, a més a més, ens fa una por terrible. Inevitablement però, les criatures també moren i per molt que vulguem fer veure que no passa, passa, i continuarà passant (esperem que amb els anys, es vagi reduint el nombre).

Crec que les coses han de canviar, i malauradament, tot i que sigui una brossa als ulls de molta gent, fins que algú no s'arremanga la camisa i comença a picar portes, les coses no es belluguen.

Així doncs, avui faig aquesta carta, per això mateix: que les coses canviïn.

El passat 3 d'agost de 2018, embarassada de 18+2, de bessons, vaig entrar d'urgències al seu hospital. Estava patint un part prematur a causa d'una infecció d'orina.

Després d'hores d'incertesa i dolor, el part es va acabar de produir i van néixer els meus preciosos fills, en NOM i la NOM.

Malauradament, com vostès ja saben, amb aquestes poques setmanes de gestació, no podien sobreviure fora de l'úter de la seva mare, i per tant, varen morir només néixer.

Primer de tot, és necessari que parlem d'un incident que vaig patir durant el part i que a dia d'avui encara no m'he perdonat: en el moment en que es va decidir seguir amb el part perquè ja no hi havia cap possibilitat de salvar la vida dels meus fills, la llevadora que hi havia en aquell moment, la Sra. NOM, em va sotmetre a una maniobra de kristeller (sense informar-me'n ni demanar el meu consentiment) per fer baixar la nena, que es trobava alta. Això, apart de fer-me mal a mi, va fer mal a la meva filla, que va néixer morada. Ara, cada cop que veig les fotografies, em fa mal a l'ànima adonar-me de que li van fer mal a la meva filla abans de néixer, gratuïtament, i he de dir que això no els ho perdono. Els vull recordar

que la OMS considera aquesta maniobra com a innecessària i que fa més mal que bé. Espero que no tornin a sotmetre a cap dona a aquesta barbàrie. Pensin que jo ara sempre que veig les fotos dels meus fills, veig a la meva filla morada per culpa d'aquesta llevadora i de la seva intervenció. Tothom mereix una mort digne, fins i tot els nens que al néixer s'acomiaran.

Apart d'aquest incident, he de dir, que el tracte de la resta del personal que ens va atendre, va ser immillorable. Van ser comprensius, empàtics, consoladors, i ens van aconsellar en tot moment sobre els passos a seguir i ens van donar la mà en aquest moment tan dur, que és acomiadar els amors de la nostra vida.

Però, i hi ha un però en el qual sí que em vull fer extensiva, hi va haver un seguit de mancances, imprescindibles i punyents de les quals un hospital de referència com és NOM HOSPITAL i en un moment tan transcendental com és la mort d'un fill, no ens podem permetre que es pateixin:

- Suport psicològic: des del minut 0, des del minut en que vaig saber que no hi havia cap manera de salvar els meus fills, vaig estar sol·licitant el servei d'un psicòleg. No n'hi havia cap. Ni un. Després de 5 dies d'ingrés només ens van derivar a una assistenta social de l'hospital, que a la vegada va parlar amb el CAP de la nostra població perquè allà també es derivés el nostre cas al centre ASSIR més proper que tinguéssim (vam trigar quasi bé 1 mes en veure'n un de psicòleg). No es poden imaginar com de sols ens vam sentir. No puc entendre encara, com l'hospital català que DESCRIPCIÓ HOSPITAL, no té un servei psicològic a l'alçada del seu servei d'obstetrícia. És imprescindible, que en un moment de trasbals tan gran, no puguem atendre a aquestes parelles que estan i estaran en estat de xoc, molt de temps. Si us plau, els prego que ho solucionin el més aviat possible.
- Ingress a l'hospital: tot i que vàrem estar ingressats en una habitació, sols i sí que éscert que van posar una papallona lila a la porta i el tracte suau i dolç del personal vaser un bàlsam pel nostre dolor, haver d'estar ingressats en una planta de maternitat les 24 hores del dia havíem de sentir plorar els nadons VIUS de la resta de pares i mares, va ser una tortura. Crec que no es poden imaginar què és despertar-se de cop i volta a les 4 de la matinada escoltant una criatura plorar, i adonar-te que no és el teu fill. Doncs és terrible. Tampoc és fàcil per a la família que ha de realitzar les visites, haver de creuar una planta ple de riures, flors, bombons, felicitat i criatures per anar a veure uns pares orfes. Terrible. Els ho prego, habilitin una zona, per aquests casos.
- La presa de decisions: vaig trigar quasi bé 1 mes en adonar-me que els meus fills havien mort. 1 mes. Havia de mirar les fotografies per dir-me a mi mateixa que sí que havia estat embarassada i que sí que els nostres fills havien mort. 1 mes. No es poden imaginar, que després d'hores de retenir un part que no desitges, hores de lluitar perla vida dels teus fills, finalment, hakis de decidir (quan el teu cap i el teu cor acaben de desconnectar-te del món perquè no poden ni volen acceptar que els teus fills estan a punt de morir) si vols fer-los l'autòpsia, si vols enterrar-los o incinerar-los, si en vols lesempremes, etc. En aquell moment només vols que el malson acabi i que quan tornis a obrir els ulls els teus fills segueixin amb tu.

Doncs dins d'aquesta tempesta, en cap moment hauries imaginat que hauries d'acomiar-te dels teus fills no-nats, i per tant, molt menys hauries imaginat que faries amb els seus petits cossos. Ni això, ni penses si tens l'assegurança per quan t'hagin d'enterrar a tu, i molt menys penses si aquesta assegurança en cobrirà els seus serveis funeraris. No penses en res de tot això.

Entenc, que els pares, primer de tot, han de poder acomiadar-se dignament del seus fills. En aquest pas, agraeixo immensament el consell d'una de les llevadores que ens va aconsellar fer fotografies dels nostres fills. Que imprescindibles han sigut per tenir un record per tota la vida. L'única cosa que ens queda. En un moment així, crec que seria molt d'agrair que el personal pogués fer les fotografies als pares i fills. Les nostres estan fetes amb el nostre mòbil, algunes borroses a causa dels nervis i de les llàgrimes, i només les vàrem fer als nens. Ara agrairia molt tenir una foto dels 4 junts. El nostre únic moment junts. També seria una possibilitat, que l'hospital disposés de les dades de contacte d'algun fotògraf que realitzi aquests tipus de reportatges. I encara, anant més lluny i seguint les passes d'altres països europeus, l'hospital podria fer sempre, per protocol, fotografies a aquestes criatures, perquè si més endavant (i acostuma a passar) els pares les necessitessin, les podrien recuperar perquè l'hospital les tindria a l'història. Ajuda molt al dol.

Entenc també, que si hi ha un dipòsit, una sala refrigerada, els pares hem de poder tenir un marge, encara que parlem de pocs dies, per poder tornar a veure els nostres fills i poder acomiadar-los com cal. Amb serenitat. Potser no dins de la tempesta del part, però sí poder-ho fer dignament, i poder implicar, si així ho volem, a la família que se'n vol acomiadar. No crec que hi hagi tanta pressa com perquè la decisió s'hagi de prendre en aquells minuts.

Tot i aquestes mancances, quedo molt agraïda a tot l'equip mèdic que ens va atendre, i que ens va recolzar.

Els nostres fills no tornaran mai, però sabem que aquesta desgràcia la pateixen moltes parelles cada any, i com a societat, i pares, tenim l'obligació moral de fer que aquest moment sigui el més respectat i amorós possible. No en tindran cap més. Podran tenir més fills, o no, però d'aquests fills, només els pariran un cop i només se'n podran acomiadar un cop, que menys que fer-ho bé.

Moltes gràcies,

NOMS I COGNOMS CORAL